

Bewältigungsstrategien älterer Beschäftigter in deutschen Dienstleistungsunternehmen
- Handlungsrelevantes Demografiemanagement und mögliche Implikationen -

**Von der Fakultät für Geistes- und Erziehungswissenschaften
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig**

**zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)**

genehmigte Dissertation

**Von: Dagmar Mehrhoff-Gerulat
aus Herne**

Eingereicht am:	26.05.2018
Mündliche Prüfung am:	07.12.2018
Betreuerin:	Prof. Dr. Barbara Jürgens
Weitere Referentin:	Prof. Dr. Dietlinde Vanier

Druckjahr:	2019
-------------------	-------------

Vorwort und Danksagung

So unterschiedlich die Dienstleistungsbranche auch ist, so ähnlich gestalten sich doch die Fragen der Unternehmen im Hinblick auf den Umgang mit den Folgen des demografischen Wandels. Dieses Dissertationsprojekt ist aus der Zusammenarbeit mit vielen Unternehmen und durch vielzählige Gespräche mit Beschäftigten, Führungskräften und Verantwortlichen aus Management und Personal entstanden. Ziel dieser Arbeit ist es, Denkanstöße und Impulse für den steigenden Anteil an Dienstleistungsarbeit älterer Beschäftigter zu formulieren. Dieses Ziel ist verbunden mit dem innigsten Wunsch, einen kleinen Teil dazu beizutragen, Beschäftigte und Unternehmen gleichermaßen auf die in der Zukunft liegenden Herausforderungen des demografischen Wandels vorzubereiten.

Dieses Projekt wäre ohne die Unterstützung vieler Personen, vor allem derer, die an der Befragung teilgenommen haben, nicht möglich gewesen. Allen diesen beteiligten Personen danke ich an dieser Stelle recht herzlich.

Danken möchte ich auch Frau Prof. Dr. Barbara Jürgens, die mir für meine Dissertation grundlegende und intensive fachliche Unterstützung gegeben hat. Frau Prof. Dr. Dietlinde Vanier danke ich herzlich für die Übernahme und Erstellung des Zweitgutachtens.

Mein äußerster Dank gilt Frau Dr. Gabriele Krause für ihre kompetenten, wertvollen Anregungen und die stets konstruktive Kritik. Bedanken möchte ich an dieser Stelle auch bei Dr. Joachim Koblitz sowie Prof. Dr. Christine Schwarzer für die forschungsanregenden Gespräche. Ebenso bedanke ich mich bei allen Korrekturlesern und all denjenigen, die mich in den Jahren meiner Dissertation auf ihre Weise unterstützt haben.

Mein größter Dank gilt sicherlich meiner Familie für die wirklich großartige und unersetzliche Unterstützung, die ich während der oftmals herausfordernden Zeit der Promotion durch sie erfahren habe.

Inhaltsverzeichnis

VORWORT UND DANKSAGUNG.....	ii
INHALTSVERZEICHNIS	iii
EINLEITUNG	1
THEORETISCHER TEIL.....	4
1. DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNGEN UND ALTERNDE BELEGESCHAFTEN	4
1.1 Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur	4
1.1.1 Demografischer Wandel	4
1.1.2 Bisherige demografische Entwicklung	5
1.1.3 Künftige demografische Entwicklung.....	8
1.2 Auswirkungen auf die Belegschaften	11
1.2.1 Veränderung der Altersstruktur von Menschen im erwerbstätigen Alter	11
1.2.2 Anteil älterer Erwerbstätiger in den Unternehmen	14
1.3 Zusammenfassung	16
2. ÄLTERE BESCHÄFTIGTE UND IHRE LEISTUNGSFÄHIGKEIT IM UNTERNEHMEN.....	18
2.1 Modelle des Alter(n)s in der Arbeitswelt.....	18
2.1.1 Alter und Altern.....	18
2.1.2 Altern als Abbauprozess – Defizitmodell	19
2.1.3 Altern als Kompensationsprozess – Kompetenzmodell	21
2.1.4 Altern als subjektive Wahrnehmung und Bewertung – Kognitive Theorie des Alterns.....	22
2.2 Altersbilder	23
2.2.1 Individuelle Altersbilder	23
2.2.2 Gesellschaftliche Altersbilder.....	24
2.2.3 Altersbilder im Betrieb.....	25
2.3 Berufliche Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter	26
2.3.1 Zusammenhang von Alter, Leistung und Arbeit.....	26
2.3.2 Körperliche und psychische Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter	29
2.3.3 Einschätzung der Leistungsfähigkeit Älterer durch Personalverantwortliche	30
2.4 Zusammenfassung	32
3. GESUNDHEIT ALS RESSOURCE IN DER ARBEITSWELT ÄLTERER BESCHÄFTIGTER	33
3.1 Gesundheit und Alternsprozesse.....	33
3.1.1 Gesundheit als Wechselwirkungsprozess zwischen Person und Umwelt.....	33
3.1.2 Körperliche Gesundheit älterer Beschäftigter	34
3.1.3 Psychische Gesundheit und Belastungen älterer Beschäftigter	35
3.2 Belastungen, Stress und Stressbewältigung in der Arbeitswelt.....	38
3.2.1 Stress und Stressoren in der Arbeitswelt	38
3.2.2 Transaktionales Stressmodell und <i>Coping</i>	40

3.3 Ressourcen	43
3.3.1 Das Modell der Salutogenese.....	43
3.3.2 Das Anforderungs- und Ressourcenmodell	45
3.3.3 Selbstwirksamkeitserwartungen als interne Ressource im Berufsalltag.....	46
3.3.4 Selbstwirksamkeitserwartungen, Gesundheit und Leistung im Alter.....	50
3.4 Zusammenfassung	52
 4. BEWÄLTIGUNG VON ANFORDERUNGEN IM BERUF.....	 54
4.1 Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster	54
4.1.1 Gesundheitsrelevante Dimensionen des beruflichen Erlebens und Verhaltens.....	54
4.1.2 Gesundheitsförderliche und -beeinträchtigende Bewältigungsmuster.....	56
4.2 Bewältigungsverhalten in verschiedenen Kontexten.....	60
4.2.1 Bewältigungsverhalten in verschiedenen Berufen.....	60
4.2.2 Bewältigungsverhalten älterer Beschäftigter	61
4.3 Zusammenfassung	64
 5. DIENSTLEISTUNGSARBEIT IM DEMOGRAFISCHEN WANDEL	 66
5.1 Dienstleistungsunternehmen	66
5.1.1 Wandel der Arbeit und Organisationen zu Dienstleistungen.....	66
5.1.2 Entwicklung und Merkmale der Dienstleistung.....	67
5.2 Herausforderungen der Dienstleistungsarbeit	68
5.2.1 Die Rolle der Interaktion im Dienstleistungsprozess	68
5.2.2 Emotionsarbeit als besondere Herausforderung der Dienstleistungstätigkeit	70
5.2.3 Folgen der Emotionsarbeit.....	72
5.3 Konsequenzen für die Dienstleistungsbranche.....	73
5.3.1 Chancen und Risiken für ältere Beschäftigte.....	73
5.3.2 Handlungsrahmen für Unternehmen.....	76
5.3.3 Einschätzung des demografischen Wandels durch Unternehmen	77
5.4 Zusammenfassung	79
 6. DEMOGRAFIEMANAGEMENT IN UNTERNEHMEN	 81
6.1 Facetten des Demografiemanagements	81
6.1.1 Demografiebasierte Konzepte	81
6.1.2 Demografiebasierte Maßnahmen.....	83
6.1.3 Demografiebasierte Maßnahmen und Handlungsfelder in deutschen Unternehmen	84
6.1.4 Herleitung demografiebasierter Handlungsfelder für Dienstleistungsunternehmen.....	87
6.2 Handlungsrelevantes Demografiemanagement.....	88
6.2.1 Unternehmens- und Führungskultur.....	88
6.2.2 Analyse und Organisation.....	91
6.2.3 Alterngerechte Qualifikationsangebote.....	92
6.2.4 Gesundheitsmanagement.....	93
6.3 Zusammenfassung	94

EMPIRISCHER TEIL.....	96
7. METHODEN DER UNTERSUCHUNG	96
7.1 Fragestellungen	96
7.1.1 Zielsetzung und allgemeine Fragestellungen	96
7.1.2 Zusammenhang von Demografiemanagement und Selbstwirksamkeitserwartungen	97
7.1.3 Zusammenhang von Gesundheitsmanagement und Selbstwirksamkeitserwartungen	97
7.1.4 Zusammenhang von Demografiemanagement und Bewältigungsverhalten	98
7.1.5 Zusammenhang von Gesundheitsmanagement und Bewältigungsverhalten	99
7.2 Variablen und ihre Operationalisierung.....	100
7.2.1 Unabhängige und abhängige Variablen im Überblick	100
7.2.2 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE).....	101
7.2.3 Bewältigungsverhalten (AVEM).....	102
7.2.4 Handlungsrelevantes Demografiemanagement (HDEM).....	104
7.3 Methoden.....	106
7.3.1 Die Stichprobe.....	106
7.3.2 Die Datenerhebung.....	107
7.3.3 Das Auswertungsverfahren.....	108
8 ERGEBNISSE	110
8.1 Stichproben und Skalen	110
8.1.1 Kennwerte der verwendeten Skalen.....	110
8.1.2 Soziodemografische Daten	114
8.1.3 Demografie- und Gesundheitsgrad der Unternehmen	117
8.2 Selbstwirksamkeitserwartungen	119
8.2.1 Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Demografiegrad.....	120
8.2.2 Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Gesundheitsgrad	121
8.3 Bewältigungsverhalten	122
8.3.1 Zusammenhang zwischen Bewältigungsverhalten und Demografiegrad.....	122
8.3.2 Zusammenhang zwischen Bewältigungsverhalten und Gesundheitsgrad	127
9. DISKUSSION	133
9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	133
9.1.1 Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug zu Demografie- und Gesundheitsgraden	133
9.1.2 Bewältigungsverhalten in Bezug zu Demografie- und Gesundheitsgraden.....	133
9.2 Limitationen der Studie	135
9.3 Diskussion	137
9.3.1 Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)	137
9.3.2 Bewältigungsverhalten (AVEM).....	139
9.3.3 Handlungsrelevantes Demografiemanagement (HDEM).....	141
9.4 Implikationen und Ausblick	144
LITERATURVERZEICHNIS.....	147
VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN	176

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN	178
VERZEICHNIS DER TABELLEN	179
ANHANG	181
A Vertiefende Hintergründe zum Theorieteil	181
A 1 Natürliche Bevölkerungsentwicklung und Wanderungssaldo	181
A 2 Erwerbstätigenquote in Deutschland 2000 – 2014	181
A 3 Inhaltsanalyse - Handlungsfelder des Demografiemanagements	182
B Untersuchungsinstrumente	189
B 1 Interviewleitfaden der Geschäftsführenden und Personalverantwortlichen	189
B 2 Grundlagen für die Festlegung der Demografiegrade	190
B 3 Grundlagen für die Festlegung der Gesundheitsgrade	191
B 4 Beschäftigtenfragebogen	192
B 5 Begrüßungstext der Beschäftigtenbefragungen	194
B 6 Kennwerte der Selbstwirksamkeitsskala der vorliegenden Stichprobe	195
C Ergänzende Auswertungsdaten	196
C 1 Deskriptive Statistik	198
C 2 AVEM Skalen mit signifikanten Haupteffekten des DG (H5/6)	217
C 3 AVEM Skalen mit signifikanten Haupteffekten des GG für Alter ≥ 45 Jahre (H7/8)	219

Einleitung

Der demografische Wandel ist omnipräsent und wird in den nächsten Jahren weitgehende sozialpolitische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Herausforderungen bedingen (vgl. Geithner et al., 2015). Unternehmen sind gefordert wettbewerbsfähig zu bleiben und können gleichzeitig auf immer weniger Beschäftigte zurückgreifen. In Deutschland zeichnet sich eine älter werdende Bevölkerung gepaart mit einer sinkenden Geburtenrate ab. Der Anteil der über 45-Jährigen wird in den nächsten 20 Jahren stetig steigen, während die Gruppe der 20-Jährigen stetig sinken wird (vgl. Brandl, 2016). Bedingt dadurch verlängert sich das Erwerbsleben vieler Beschäftigter und das Durchschnittsalter der Belegschaften deutscher Unternehmen steigt. Organisationen sind somit gefordert, Konzepte zu entwickeln, die den Anforderungen einer insgesamt älteren Belegschaftsstruktur entsprechen. Ziel sollte es sein, dass Beschäftigte während ihrer gesamten Erwerbsbiografie gesund, qualifiziert und motiviert bleiben um ihre Beschäftigungs- und Arbeitsfähigkeit lebenslang zu erhalten. Gesundheit und Belastungsempfinden sind wichtige Eckpfeiler der Beschäftigungsfähigkeit. Aufgrund der geringeren körperlichen Beanspruchung der Beschäftigten in der Dienstleistungsbranche könnte diese Entwicklung eine Chance für die Beschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer darstellen.

Die rasante Entwicklung von Kommunikations- und Informationstechnologien, veränderte Arbeitsbedingungen, schneller Wandel der Arbeitsprozesse, variable Technologien, stärkere Fremdbestimmung sowie zunehmend flexible Beschäftigungsverhältnisse führen allerdings auch in der Dienstleistungsbranche dazu, dass Menschen ihre Arbeit zunehmend als belastend empfinden. Alterungsprozesse und die in diesem Zusammenhang vermuteten Veränderungen im Bereich der Produktivität, Leistungsfähigkeit, Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit werden in der Wirtschaft kontrovers diskutiert. Diese Entwicklungen stellen Dienstleistungsunternehmen vor neue Herausforderungen mit spürbaren Auswirkungen auf die Personalentwicklung und -rekrutierung zum Beispiel in der Deckung des Fachkräftebedarfes, auf die Organisation des Arbeitsprozesses etwa in der Verminderung von Belastungssituationen bis hin zur Gestaltung der Unternehmenskultur, zum Beispiel im Hinblick auf bestehende Altersbilder im Betrieb (vgl. Grabbe & Richter, 2014, S. 84). Künftig scheint es wichtig zu sein, durch gezielte Maßnahmen die Leistungsfähigkeit der Dienstleistungsbeschäftigten im Unternehmen möglichst lange zu erhalten.

Diese Studie untersucht den Zusammenhang zwischen demografiebasierten Maßnahmen der Dienstleistungsunternehmen und beruflichem Bewältigungsverhalten älterer Beschäftigter. Die Kernfrage lautet, inwieweit ein strategisches Demografiemanagement der Unternehmen einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartungen und die Belastungsbewältigung der

älteren Beschäftigten in deutschen Dienstleistungsunternehmen hat. Konkret lauten die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit:

- Steht handlungsrelevantes Demografiemanagement der Unternehmen in einem positiven Zusammenhang mit arbeitsbezogenen Bewältigungsstrategien älterer Beschäftigter?
- Steht das Gesundheitsmanagement der Unternehmen als ein wichtiges Handlungsfeld des handlungsrelevanten Demografiemanagements in einem positiven Zusammenhang mit arbeitsbezogenen Bewältigungsstrategien älterer Beschäftigter?

Überblick über die Struktur der Arbeit

Theoretischer Teil

Zur Klärung des theoretischen Hintergrunds wird im ersten Kapitel die Relevanz und Aktualität des der demografischen Entwicklungen in Deutschland erläutert. Die Bevölkerungsentwicklung im Allgemeinen, sowie die Daten zu den demografischen Entwicklungen in Unternehmen werden skizziert und die daraus in der Literatur diskutierten Chancen und Risiken für Unternehmen mit älter werdenden Belegschaften dargelegt. Verdeutlicht werden die gesellschaftlichen Auswirkungen, daraus resultierende wirtschaftliche Folgen sowie unternehmerische Herausforderungen.

Im zweiten Kapitel stehen die älteren Beschäftigten und deren Leistungsfähigkeit im Mittelpunkt. Was macht die Beschäftigungsgruppe der Älteren aus, welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede werden im Hinblick auf das Leistungs- und Belastungsempfinden in der Forschung diskutiert? Welches Alters- und Altersbild haben Beschäftigte und Unternehmen und welche Auswirkungen hat es auf den Umgang mit und das Verhalten von älteren Beschäftigten in Unternehmen? Für die vorliegende Arbeit ergibt sich daraus die Fragestellung, inwieweit positive Altersbilder und Haltungen in gezielten Maßnahmen der Unternehmen dazu beitragen können, die Beschäftigungsfähigkeit älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu unterstützen.

Um sich dem Oberthema dieser Arbeit, Bewältigungsstrategien älterer Beschäftigter in Dienstleistungsunternehmen zu widmen, wird im dritten und vierten Kapitel die Gesundheit als wichtige Ressource in der Arbeitswelt hinterfragt. In der Dienstleistungsarbeit stehen insbesondere psychische Anforderungen im Mittelpunkt. Es werden Modelle beschrieben, die Gesundheit als einen Wechselwirkungsprozess zwischen dem Individuum, seinen körperlichen und psychischen Ressourcen sowie den wechselnden Einflüssen des Arbeitsumfeldes betrachten (vgl. Antonovsky, 1997; Becker, 1997). Die Modelle umfassen die Einbeziehung stressreduzierender Ressourcen im Rahmen der kognitiv-transaktionalen Stresstheorie von Lazarus & Folkman (1984) sowie der Selbstwirksamkeitserwartung, der in dieser Arbeit als wichtige personale Ressource eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. Bandura 1997; Schwarzer, 1986). Eine Möglichkeit, Bewältigungs-

muster im Beruf zu erforschen, liefert das Instrument des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens (AVEM). Das vierte Kapitel widmet sich der Operationalisierung gesundheitsförderlicher- und beeinträchtigender Bewältigungsmuster nach Schaarschmidt & Fischer (2008). Die in diesen beiden Kapiteln beschriebenen Modelle dienen als Basis der Skalen, die in der vorliegenden empirischen Studie für die Ermittlung der Bewältigungsstrategien verwendet werden.

Im fünften Kapitel werden die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Dienstleistungsunternehmen aufgezeigt. Der Kern der Dienstleistungsarbeit wird in der Literatur im Wesentlichen in der Kommunikation mit dem Kunden beschrieben. Welche Besonderheiten birgt dieser Dienstleistungskern für das berufliche Bewältigungsverhalten älterer Beschäftigter, welche Chancen können Unternehmen dieser Branche nutzen und wie schätzen sie diese ein? Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Zusammenhang zwischen demografiebasierten Maßnahmen der Unternehmen und dem beruflichen Bewältigungsverhalten der Beschäftigten zu überprüfen. Dazu werden im sechsten Kapitel die in der Literatur diskutierten Handlungsfelder analysiert und bewertet sowie das Konzept des handlungsrelevanten Demografiemanagements auf Basis der Ergebnisse einer Inhaltsanalyse mit vier Handlungsfeldern erläutert. Letzteres bildet die Grundlage für den ermittelten Umfang des umgesetzten handlungsrelevanten Demografiemanagements in den Unternehmen in Form von Demografiegraden.

Empirischer Teil

Das siebte Kapitel beschreibt den in dieser Arbeit definierten Forschungsrahmen. Basierend auf den theoretischen Grundlagen des ersten Teils werden die Forschungshypothesen entwickelt. Die in dieser Studie verwendeten Instrumente sowie die Methodik und der Untersuchungsablauf werden detailliert erläutert. Das Kapitel schließt mit einer Beschreibung des Designs der durchgeführten Erhebung ab. Die Untersuchungsergebnisse werden im achten Kapitel vorgestellt. Die Forschungsfragen und -hypothesen werden empirisch ausgewertet und die ermittelten Zusammenhänge zwischen den Bewältigungsstrategien der Beschäftigten und dem Demografiegrad der studienteilnehmenden Dienstleistungsunternehmen dargestellt. Im neunten Kapitel erfolgen die Diskussion und das Fazit der Untersuchungsergebnisse. Der Erkenntnisgewinn durch die Erhebung und ein Ausblick für die Chancen für Dienstleistungsunternehmen mit älter werdenden Belegschaften werden formuliert. Hier wird zudem eine kritische Würdigung der Forschungsarbeit sowie der Entwicklung möglicher Handlungsimplicationen und Maßnahmen vorgenommen.

Im Anhang sind neben ergänzenden und vertiefenden Informationen die Fragebögen, Interviewleitfäden sowie das Datenmaterial der empirischen Studie zu finden.

Theoretischer Teil

1. Demografische Entwicklungen und alternde Belegschaften

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Auswirkungen des demografischen Wandels auf Unternehmen und ältere Beschäftigte. Im ersten Teil werden die demografischen Entwicklungen in Deutschland erläutert und im zweiten Teil stehen die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Unternehmen im Mittelpunkt.

1.1 Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur

1.1.1 Demografischer Wandel

Demografie beschreibt mit Zahlen und Kennziffern, wie sich die Bevölkerung und ihre Struktur im Hinblick auf die Kriterien Alter, Geschlecht, Familienstand, Lebensform, Nationalität, Kinderzahl, Religion, Gesundheitszustand u.ä. entwickelt. Der Begriff Demografie wird vielfach mit Bevölkerungswissenschaft synonym verwendet. Die Bevölkerung wird in den Kontext der gesellschaftlichen Verhältnisse wie zum Beispiel der Wirtschaft oder der Politik gesetzt (vgl. BIB, 2014). „Der demografische Wandel beschreibt Veränderungen in der Zusammensetzung von Gesellschaften, insbesondere in der sog. Altersstruktur.“ (Schubert & Klein, 2016, S. 78). Steigende Lebenserwartung und niedrige Geburtenraten führen zu Veränderungen in der Zu- oder Abnahme der Bevölkerung. Die Bevölkerungsentwicklung nimmt einen beträchtlichen Einfluss auf die gesellschaftliche, politische und ökonomische Situation eines Landes.

Die aus Geburten und Sterbefällen berechnete Differenz wird als natürliche Bevölkerungsbilanz bezeichnet. Überwiegt die Anzahl der Geburten oder die der Sterbefälle, spricht man entweder von einem Geburten- oder einem Sterbefallüberschuss. Hinzu kommt die Wanderungsbilanz, die sich als Differenz aus Zu- und Fortzügen über die betrachtete regionale Einheit ergibt (vgl. BIB, 2013, S. 6). Der Begriff „demografischer Wandel“ ist somit neutral zu verstehen, denn er beschreibt die Veränderung in der Anzahl der in Deutschland lebenden Personen und kann sowohl eine Bevölkerungszunahme als auch eine Bevölkerungsabnahme beschreiben.

In den aktuellen Diskussionen wird der Begriff „Demografie“ im Wesentlichen als Synonym für die Überalterung einer Gesellschaft verwendet, denn es ist vor allem die Alterung der Bevölkerung, die derzeit das Bild des demografischen Wandels prägt (vgl. BIB, 2013). Der demografische Wandel schließt drei Bevölkerungsentwicklungstendenzen ein, die zurzeit beobachtet werden: die Alte-

rung der Bevölkerung, der Rückgang der Bevölkerungszahl sowie die zunehmende Heterogenität durch Zuwanderung (vgl. Sander, 2013). Diese Tendenz und Veränderung der Bevölkerungsstruktur wird im Folgenden näher beleuchtet.

1.1.2 Bisherige demografische Entwicklung

Seit Anfang des 19. Jahrhunderts steigt die Bevölkerungszahl in Deutschland mit Ausnahme von Kriegszeiten nahezu kontinuierlich an. Der Geburtenüberschuss verzeichnete Mitte 1964 seinen Höhepunkt, verringerte sich ab Mitte der 1960er Jahre kontinuierlich und schlug zu Beginn der 1970er Jahre in einen wachsenden Sterbefallüberschuss um. Seit Mitte der 1990er Jahre stagniert die deutsche Bevölkerungszahl bei rund 82 Millionen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017a). Dieser demografische Wandel setzte bereits Anfang der 1970er Jahre ein: der Anteil der Jüngeren nahm in den folgenden Jahrzehnten ab und der Anteil der Älteren zu.

Die ursprünglich klassische Form der Alterspyramide mit vielen jungen und mittleren Altersstufen und wenigen älteren Menschen hat sich verändert (vgl. Allmendinger & Ebner, 2006). Wie in Abbildung 1 ersichtlich, modifizierte sich die Bevölkerungszahl in einem Jahrhundert, und zwar von 1910 bis 2014, in den Altersstufen entscheidend.

Bereits 1910 war bei den ganz jungen Jahrgängen eine sehr kleine Rückläufigkeit festzustellen. Der Sockel an jungen Altersgruppen wurde immer geringer. Unterbrochen wurde dies durch die stark besetzten Jahrgänge, die Ende der 1950er bis Beginn der 1970er Jahre geboren wurden. 2014 war ein großer Anteil der deutschen Bevölkerung älter als 40 Jahre.

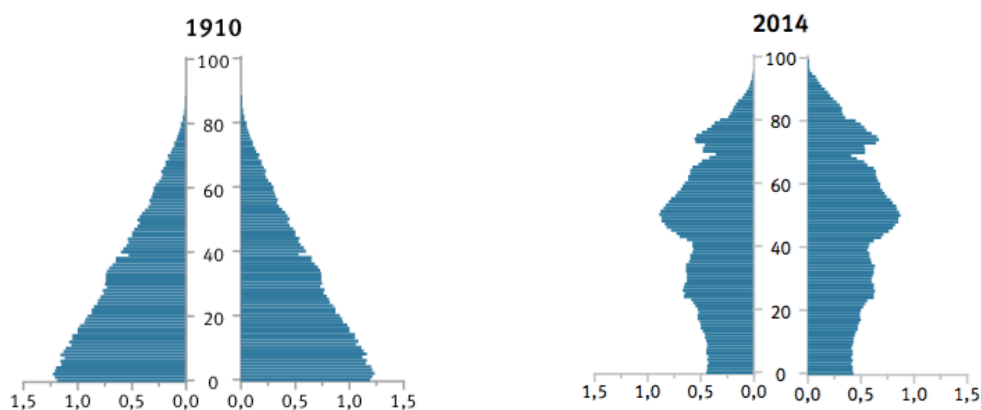


Abbildung 1: Altersaufbau der deutschen Bevölkerung 1910 im Vergleich zu 2014 in Prozent links Männer, rechts Frauen (BIB, 2016a, S.10).

Neben der Geburtenrate und der Lebenserwartung ist das Wanderungsverhalten ein weiterer wichtiger Faktor, der die Bevölkerungsentwicklung beeinflusst. Die Anteile von Inländern, Ausländern und Eingebürgerten an der Bevölkerung, sowie den Zu- und Fortzügen wird als Wanderungssaldo

bezeichnet (vgl. Allmendinger & Ebner, 2006; BIB, 2013; Schmidt, 2013; Statistisches Bundesamt, 2015a; Vaupel & Hofäcker, 2009). Diese drei relevanten Faktoren werden im Folgenden näher beschrieben.

Geburtenentwicklung

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts brachten Frauen in Deutschland im Durchschnitt etwa vier Kinder zur Welt. Danach schwankte die durchschnittliche Kinderzahl je Frau (siehe Abbildung 2). Das Geburtenhoch hatte im Anschluss an den zweiten Weltkrieg bis zur Mitte der 1960er Jahre seinen Höhepunkt durch die geburtenstarken Jahrgänge. Seit den 1970er Jahren sind die Geburtenziffern mit 1,3 bis 1,4 Kinder je Frau konstant geblieben (vgl. Allmendinger & Ebner, 2006, S.8).

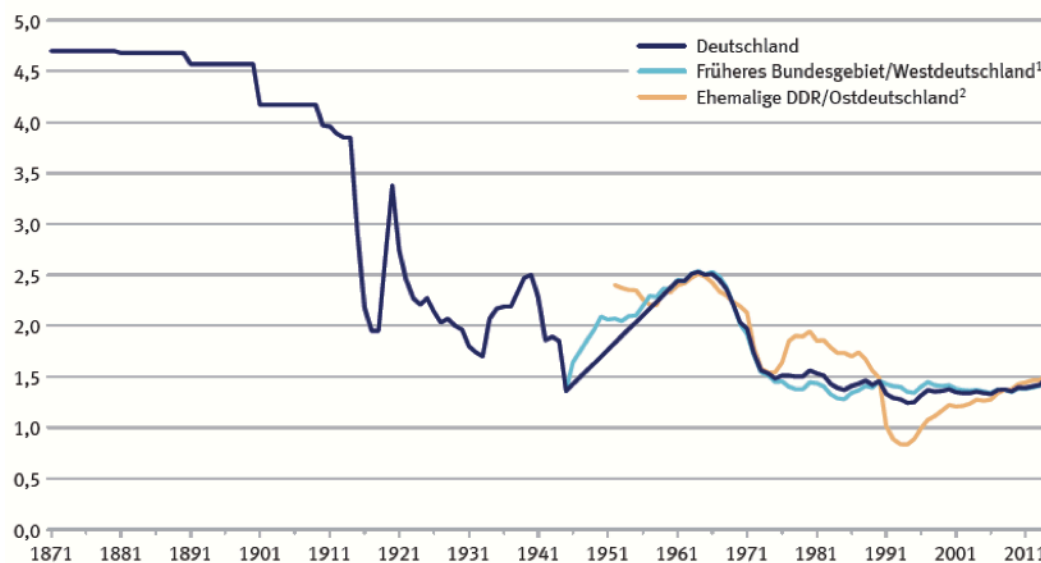


Abbildung 2: Geburtenziffer - Kinder je Frau (BIB, 2016a, S. 26).

Die demografischen Trends spiegeln sich im Altersaufbau der Generationen wieder, was zum einen durch die historischen Einflüsse der Geburtenausfälle, durch Kriege und Krisen und zum anderen durch die besonders stark besetzten Jahrgänge bedingt wird. Die Geburtenzahlen entsprechen Wellenbewegungen: Es gibt stärker und weniger stark besetzte Jahrgänge. 2015 ist ein leichter Zuwachs verzeichnen: 1,5 Kinder brachte in diesem Jahr eine Frau durchschnittlich zur Welt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017a).

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung zeigt auf, wie viele Jahre ein Mensch unter den Sterblichkeitsverhältnissen des betreffenden Kalenderjahres im Durchschnitt noch leben könnte. Es ist ein hypothetisches Maß, das altersspezifische Sterbewahrscheinlichkeiten einer betrachteten Altersstufe für das gesamte Leben dieser Geburtskohorte hochkalkuliert. Berechnet wird die durchschnittliche Lebenserwartung mit Hilfe einer Sterbetafel (vgl. BIB, 2013, S. 53). Werden diese Berechnungen betrachtet,

dann hat die Lebenserwartung von Neugeborenen seit Beginn der 1970er Jahre für beide Geschlechter deutlich zugenommen. Als Gründe dafür können verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel eine verringerte Säuglings- und Kindersterblichkeit, bessere Hygiene und Ernährung sowie verbesserte Wohnsituationen und Arbeitsbedingungen verantwortlich sein (vgl. BIB, 2013, S. 34). Innerhalb von etwa 130 Jahren hat sich die Lebenserwartung neugeborener Kinder in Deutschland mehr als verdoppelt (siehe Abbildung 3). In den letzten Jahrzehnten ist auch die Lebenserwartung der älteren Menschen deutlich angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017a).

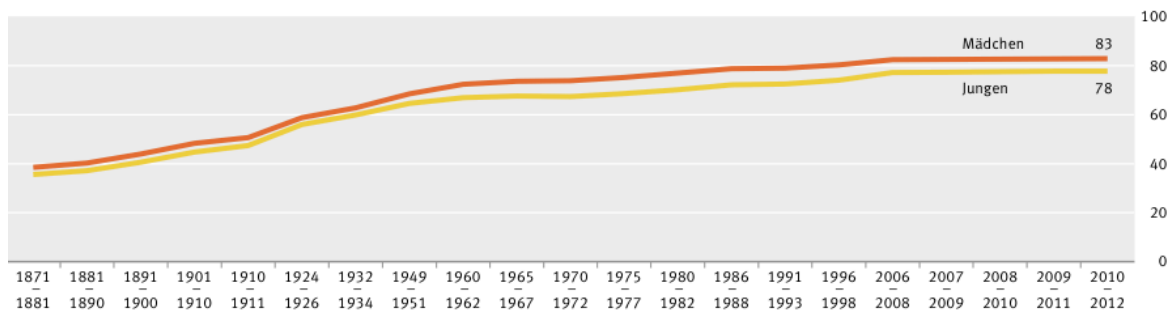


Abbildung 3: Lebenserwartung bei Geburt in Altersjahren (Statistisches Bundesamt, 2015b, S. 37).

Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur verläuft in Deutschland nicht einheitlich. Sie unterscheidet sich in den einzelnen Bundesländern sowohl im Geburten- als auch im Sterblichkeitsniveau. Die Binnenwanderung vor allem in Richtung Süddeutschland und in die Stadtstaaten mildert zudem einerseits dort den Bevölkerungsrückgang, verstärkt aber andererseits die Alterung sowie den Bevölkerungsrückgang in den „Abwanderungsbundesländern“, also vor allem in den neuen Bundesländern (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011, S. 8; BIB, 2013, S. 26)

Wanderungsverhalten

Neben der natürlichen Bevölkerungsentwicklung sowie der Geburten- und Sterberate (Lebenserwartung), erhält das Wanderungsverhalten der Bevölkerung im Rahmen der demografischen Entwicklung zunehmend eine zentrale Bedeutung. Der Wanderungssaldo wird als Differenz der Zu- und Fortzüge gebildet (vgl. BIB, 2013). Die Zuzüge waren kurz nach dem Zweiten Weltkrieg vor allem durch die Aufnahme von Flüchtlingen und Vertriebenen geprägt. Im früheren Bundesgebiet erfolgten seit den 1960er Jahren bis 2003 mehr Zu- als Abwanderungen. Der Wanderungssaldo lag jahresdurchschnittlich bei knapp 200.000 Personen (vgl. Allmendinger & Ebner, 2006, S. 229). Während in den Jahren 2003 bis 2010 ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen war, nahm Deutschlands Bevölkerung ab 2015 zu (siehe Abbildung 4, folgende Seite).

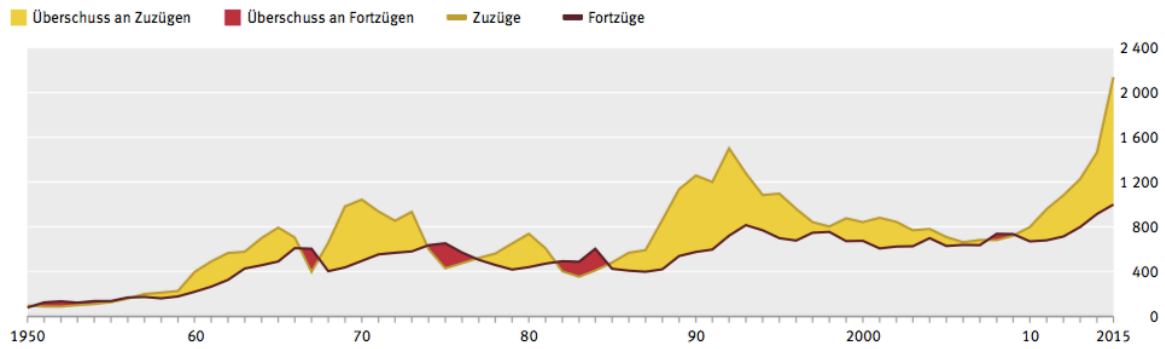


Abbildung 4: Zu- und Fortzüge Deutschland, 1950 – 2015 (bis 1990 früheres Bundesgebiet) (Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 51).

Gründe für diese Entwicklungen ab 2015 lagen in einem besonders starken Wanderungssaldo von 1,14 Millionen Personen (vgl. Statista GmbH, 2018). Bedingt durch eine große Flüchtlingswelle in den Jahren 2015/16 mit einem hohen Anteil an männlichen Migranten unter 16 Jahren ist zu vermuten, dass sich diese verstärkte Zuwanderung auf die demografische Entwicklung auswirken wird. Diese Bevölkerungsentwicklung weicht deutlich von den bisher getroffenen Annahmen über die Nettozuwanderung der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ab, die für die Jahre 2014 und 2015 jeweils lediglich eine Nettozuwanderung von 500.000 Personen unterstellte (vgl. Deschermeier, 2016). Die natürliche demografische Entwicklung der vergangenen Jahre ist somit von einer steigenden Lebenserwartung und einer sinkenden Geburtenrate geprägt.

1.1.3 Künftige demografische Entwicklung

Die künftige demografische Entwicklung wird im Wesentlichen durch den Wanderungssaldo beeinflusst werden. Aktuelle Berechnungen deuten darauf hin, dass große Migrationsströme eine Alterung der Gesellschaft vermeiden können, die Herausforderung für den Arbeitsmarkt allerdings hochrelevant bleibt (vgl. Deschermeier, 2016). Die Berechnungen künftiger Entwicklungen der Geburtenrate, der Lebenserwartung sowie des Wanderungssaldos über die Grenzen Deutschlands hinweg (Migration), erfolgen aufgrund der demografischen Trends der Vergangenheit. Wie genau sich diese Entwicklungen auswirken und welchen genauen Umfang sie einnehmen werden, wird sehr unterschiedlich prognostiziert. Die Prognosen ändern sich stetig, zum Beispiel aufgrund der aktuellen Migrationsentwicklungen der Jahre 2015/2016. Gleichzeitig können zunehmende Leistungsverdichtung und zunehmende Flexibilitätsanforderungen an die Beschäftigten einen weiteren Einfluss auf die Familienbildungen und Geburtenrate haben (vgl. Kistler, 2008).

Die Vorhersage künftiger Entwicklungen hängt somit von vielen Faktoren ab und kann nur auf der Basis der jeweils aktuellen Zahlen hochgerechnet werden. Die Berechnungen des statistischen Bundesamts (2015a) lassen vermuten, dass die grundsätzlichen Ursachen des natürlichen

Bevölkerungsrückgangs weiter bestehen werden und sich künftig noch stärker als in der Vergangenheit auswirken könnten. Als Grund dafür wird aufgeführt, dass die Zahl der Gestorbenen die Zahl der Geborenen immer stärker übersteigt. Da die Lebenserwartung und die Geburtenentwicklung langfristig gesehen relativ stabil verlaufen werden, wird die künftige Entwicklung im Wesentlichen von dem Wanderungssaldo abhängen (vgl. BIB, 2013). Selbst eine veränderte Geburtenrate würde diese Entwicklung nicht maßgeblich beeinflussen. „Eine etwas höhere Geburtenrate von 1,6 Kindern je Frau würde diesen Trend zwar abmildern, ihn aber nicht stoppen“ (Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 15).

Die folgenden Ausführungen zeigen die künftige Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060 auf. Die Basis bilden der Bevölkerungsstand am 31.12. 2013 und die Bestandsfortschreibung der Berechnungen des Zensus 2011. Es handelt sich dabei um die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland zwischen den Statistischen Ämtern von Bund und Ländern (vgl. ebenda, 2015, S. 5). „Die damit errechneten Bevölkerungszahlen und Altersstrukturen bilden den Rahmen für die wahrscheinlich zu erwartende Entwicklung, falls die getroffenen Annahmen in etwa eintreffen“ (BIB, 2016a, S. 9).

Abbildung 5 verdeutlicht die Spannbreite der berechneten Prognosen. Sie schwanken zum Beispiel unter der Annahme von zwei Zuwanderungsvarianten. Jährlich ziehen 100.000 (Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung) bzw. 200.000 (Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung) mehr Personen nach Deutschland, als dass Personen das Land verlassen. Beide Varianten legen zugrunde, dass die zusammengefasste Geburtenrate auf dem niedrigen Niveau von 1,4 Kindern je Frau bleibt und die durchschnittliche Lebenserwartung bis 2060 zunimmt (vgl. BIB, 2016b).

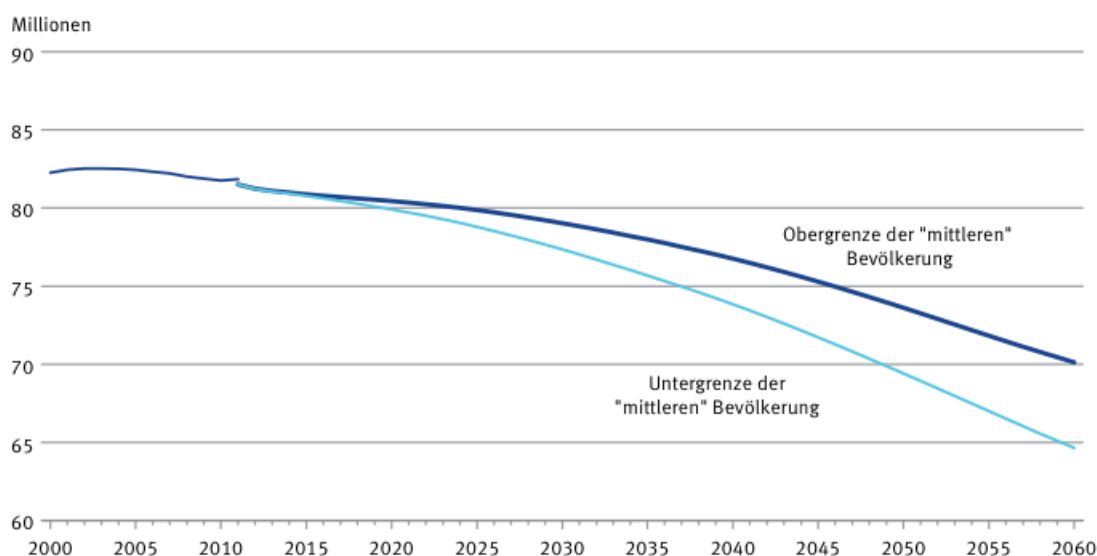


Abbildung 5: Bevölkerungsstand in Deutschland 2000 – 2060 (BIB, 2016b, S. 9).

Diese Annahmen zugrunde legend, scheint der Alterungsprozess nicht mehr umkehrbar und gleichzeitig wird an diesen Schwankungen der Berechnungen deutlich, wie schwierig die Vorhersage der künftigen Bevölkerungsentwicklung ist (vgl. Erlwein, 2014). Trotz der beschriebenen Prognoseunsicherheit wird die Vermutung geäußert, dass aufgrund des künftigen Geburtendefizits die Bevölkerung in Deutschland weiter altern und schrumpfen wird. In welchem Ausmaß diese Entwicklung stattfinden wird, ist vermutlich sehr stark von dem Wanderungssaldo der künftigen Jahre beeinflusst (vgl. Schmidt, 2013, S. 72) und ist aufgrund der hohen Migrationszahlen in den Jahren 2015/2016 noch nicht vorherzusagen. Das Bundesamt für Bevölkerungsforschung konstatierte jedoch im Rahmen der 13. European Population Conference 2016 (EPC), dass der große Zustrom von überwiegend jüngeren Zuwanderern allenfalls vorübergehend ist (vgl. BIB, 2016b).

Ausgehend von einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, einer weiter steigenden Lebenserwartung und einem gleichbleibenden Verhältnis an Zu- und Abwanderung kann somit angenommen werden, dass sich die Bevölkerungszahl zunehmend verringern wird und der Anteil der Älteren steigen wird (siehe Abbildung 6). Das statistische Bundesamt geht davon aus, dass die Einwohnerzahl in Deutschland von heute zirka 80 Millionen, je nach Zuwanderungsumfang im Jahr 2060 zwischen 67,6 und 73,1 Millionen betragen wird (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015a). Die Berechnungen des Instituts für Wirtschaft dagegen deuten durch die hohen Zuwanderungszahlen in den Jahren 2015/2016 auf weiter steigende Migrationszahlen hin und das Institut vermutet, dass die Gesamtbevölkerung bis 2035 auf 83,5 Millionen Personen anwachsen wird (vgl. Deschermeier, 2016). Dennoch wird das Geburtendefizit vermutlich bis Anfang der 2050er Jahre kontinuierlich steigen. Danach kommen anstelle der geburtenstarken Jahrgänge (1955 - 1969 Geborene) die schwächer besetzten Jahrgänge der 1970er Jahre in das hohe Lebensalter. Die einzelnen Ergebnisse der natürlichen Bevölkerungsentwicklung sowie des Wanderungssaldos sind dem Anhang A 1 zu entnehmen.

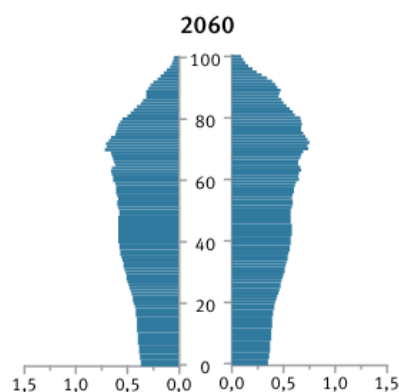


Abbildung 6: Altersaufbau der deutschen Bevölkerung 2060 (Prozent der Gesamtbevölkerung). (BIB, 2016a, S. 10).

Die Zahl der Sterbefälle wird folglich etwas sinken und auch das Geburtendefizit wird leicht zurückgehen. Bei einer steigenden Geburtenrate und stärkerer Zuwanderung wird sich die Altersstruktur günstiger entwickeln. Trotzdem scheint es eine Tendenz zu geben, dass im Jahr 2060 die Zahl der Geborenen die Zahl der Gestorbenen unterschreiten wird (vgl. ebenda, 2015).

Die Vorausberechnungen ergeben sich aus verschiedenen Kombinationen von Annahmen zur Geburtenhäufigkeit (1,4 bis 1,6 Kinder je Frau), zur Lebenserwartung (von 77,7 bis 87,7 Jahre bei Jungen und von 82,8 bis 90,4 Jahre bei Mädchen) und zum Wanderungssaldo pro Jahr (der schrittweisen Nettozuwanderung von 500.000 in 2014 bis auf 100.000 bzw. 200.000 im Jahr 2021) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 13). Die Prognosen sind enormen Schwankungen ausgesetzt und aufgrund des Strukturbruchs der Zuwanderung in 2015 scheint eine Voraussage schwierig (vgl. Deschermeier, 2016, S. 32). Dennoch lassen die Berechnungen vermuten, dass mit Blick auf die nächsten 40 Jahre, die skizzierte demografische Entwicklung aus heutiger Sicht weitgehend unaufhaltsam sein dürfte. „Ein vor einigen Jahrzehnten vielleicht noch eher mögliches Gegensteuern, etwa durch eine verstärkte Zuwanderung oder durch eine familienfreundliche Wirtschaftspolitik, wird die zentralen Entwicklungslinien der Bevölkerung jetzt kaum mehr ändern können“ (Schmidt, 2013, S. 72).

Die künftige demografische Entwicklung kann mit drei wichtigen Aussagen beschrieben werden. Die Bevölkerung in Deutschland wird älter und der Anteil an Personen die älter als 65 Jahre sind, nimmt stark zu. Inwieweit die Bevölkerung weiter schrumpfen wird, wird drittens und im Wesentlichen von dem Wanderungssaldo, also den Netto-Zuwanderungszahlen ab dem Jahr 2015 abhängig sein (vgl. Deschermeier, 2016). Damit stellt der demografische Wandel eine große Herausforderung für Staat, Gesellschaft und Unternehmen in Deutschland dar. Zum einen wird es darum gehen, die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zu gewährleisten und zum anderen darum, dem zunehmenden Arbeits- und Fachkräftemangel zu entsprechen. Ersteres ist unter anderem durch die Verlängerung der Lebensarbeitszeit geschehen. In diesem Zusammenhang wird es künftig wichtig werden, dafür zu sorgen, dass die vorhandenen, immer älter werdenden Arbeitskräfte recht lange arbeits- und beschäftigungsfähig bleiben (vgl. Knoche & Sochert, 2013; Schmidt, 2013). Eine wichtige Frage dabei ist, welche Auswirkungen der demografische Wandel auf die Alterszusammensetzung der Belegschaften hat.

1.2 Auswirkungen auf die Belegschaften

1.2.1 Veränderung der Altersstruktur von Menschen im erwerbstätigen Alter

Wenn von der Erwerbsbevölkerung gesprochen wird, geht ein Teil der Literatur von der Altersklasse der 15 bis 65-Jährigen aus (vgl. BIB, 2016a; Vaupel & Hofäcker, 2009). Im Unter-

schied dazu beschreibt das statistische Bundesamt im Rahmen der 13. koordinierenden Bevölkerungsberechnung Personen im Erwerbsalter mit einer Spanne von 20-64 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015a). Durch den Bevölkerungsschwund und die Alterung der deutschen Gesellschaft wird davon ausgegangen, dass sich der Rückgang im Wesentlichen auf die Bevölkerungsstruktur im Erwerbsalter auswirken wird. Es ist zu vermuten, dass diese gesellschaftliche Veränderung jedes Unternehmens mehr oder weniger betrifft (vgl. Allmendinger & Ebner, 2006; Börsch-Supan & Wilke, 2008). Die Beschleunigung der Bevölkerungsalterungsphase wird in den Jahren 2010 - 2035 stattfinden. Selbst eine steigende Geburtenrate wird diesen Trend nicht beeinflussen (vgl. Börsch-Supan, 2013).

Auch die Zuwanderung von jungen Menschen wird den abnehmenden Trend von Personen im erwerbstätigen Alter nicht aufhalten können (vgl. Deschermeier, 2017). In dieser Zeit wird auch der Anteil an älter werdenden Beschäftigten in Deutschland zunehmen, während der Anteil der jüngeren Beschäftigten abnehmen wird. Gehörten 2012 noch zirka 50 Millionen Menschen dieser Altersgruppe an, so werden es 2060 vermutlich nur noch zirka 36 Millionen Menschen sein. Aus volkswirtschaftlicher Sicht kann davon ausgegangen werden, dass die Entwicklung des Erwerbspersonals wichtiger ist als die Bevölkerungsentwicklung insgesamt (vgl. Schöning & Nolte, 2013)

Bis zum Jahr 2060 wird die Bevölkerung im Erwerbsalter um 23% gegenüber 2013 schrumpfen. Die Berechnung des statistischen Bundesamtes beruht auf verschiedenen Varianten des Wanderungssaldos (siehe Tabelle 1). Eine Annahme geht von einem durchschnittlichen Wanderungssaldo von rund 500.000 im Jahr 2014 und dann von einem stufenweisen Rückgang bis 2021 auf 200.000 aus (Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung – Variante 2). Eine zweite Berechnung erfolgt unter der Annahme der Kontinuität einer schwächeren Zuwanderung (Variante 1).

Tabelle 1: Bevölkerung im Erwerbsalter von 20 – 64 Jahren in Millionen Personen (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a).

Jahr	Variante 1 Erwerbspersonen bei schwächerer Zuwanderung	Variante 2 Erwerbspersonen bei stärkerer Zuwanderung	Erhöhung der Erwerbsalters- grenze von 65 auf 67 Jahre
2013	49	49	
2020	49	49	
2030	44	45	46 - 47
2040	40	43	
2050	38	41	
2060	34	38	36 - 40

Hier wird davon ausgegangen, dass die Zuwanderung von 500.000 in 2014 stufenweise auf 100.000 zurückgeht. In diesem Fall schrumpft das Erwerbspersonenpotenzial sogar um 30% gegenüber 2013 auf 34 Millionen Erwerbspersonen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015a). Durch die Erhöhung der Erwerbsaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre werden 2030 vermutlich noch etwa 46 bis 47 Millionen und 2060 noch etwa 36 bis 40 Millionen dazugehören. 2060 ergeben sich dann rund zwei Millionen Erwerbspersonen mehr als bei einer Altersgrenze von 65 Jahren (vgl. ebenda, 2015a).

Abbildung 7 verdeutlicht, dass 2013 die Erwerbsbevölkerung durch die 45 bis 55-Jährigen geburtenstarken Jahrgänge dominiert wurde. Diese Gruppe scheidet in den nächsten 15-20 Jahren aus dem Erwerbsleben aus. 2035 wird sich dieses Verhältnis verändern, weil die Jahrgänge der 1970er und 1980er wesentlich geringer besetzt sind. Dafür wird der Anteil der über 65-Jährigen aus der Gruppe der geburtenstarken Jahrgänge ansteigen. 2060 wird das Verhältnis zwischen den Altersgruppen noch ausgeglichener und die Altersverteilung noch flacher sein. Diese Entwicklung verändert sich in den Folgejahren nur noch wenig (vgl. Börsch-Supan, 2013). Der Anteil der Erwerbstätigen, die älter als 65 Jahre alt sind, wird demnach in den nächsten 20 Jahren ansteigen. Aufgrund des demografischen Wandels wird es ökonomisch künftig auch darum gehen, wie die Beteiligung Älterer am Erwerbsleben erfolgreich funktionieren kann (vgl. Vaupel & Hofäcker, 2009).

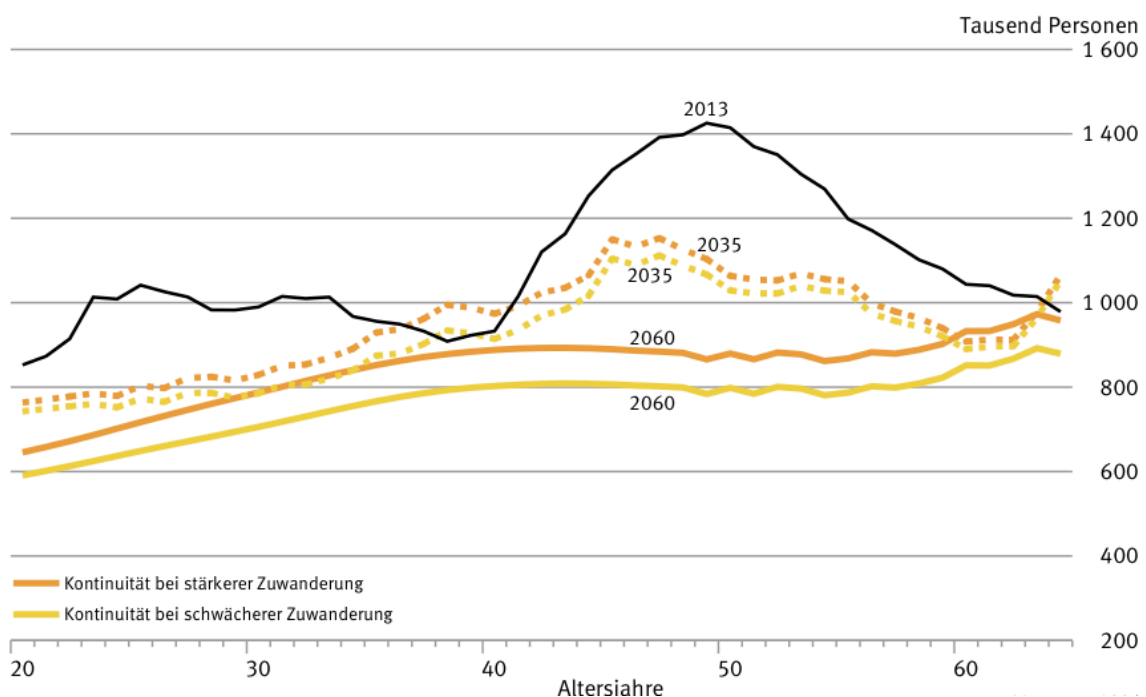


Abbildung 7: Altersstruktur der Bevölkerung im Erwerbsalter (2013 – 2060). Ab 2014 Ergebnisse der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 23).

1.2.2 Anteil älterer Erwerbstätiger in den Unternehmen

In den 1980er und 1990er Jahren machten viele Beschäftigte im Rahmen von gesetzlichen Alterszeit- und Vorruhestandsregelungen davon Gebrauch vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszusteigen. Diese Frühverrentungsprogramme führten dazu, dass in den Folgejahren der Anteil der 55 bis 65-jährigen Beschäftigten in den Unternehmen stark sank.

Um dieser Verringerung des Anteils an älteren Beschäftigten zu begegnen, beschloss die Bundesregierung die Anhebung der Altersgrenzen. Ab 2008 wurde der Zeitpunkt für einen abschlagsfreien Rentenbeginn schrittweise vom 65. auf das 67. Lebensjahr erhöht. Auch die Regelungen zur Frühverrentung wurden verändert. 2014 wurde diese Regelung noch einmal für die langjährig Versicherten angepasst. Hier wird es einigen Jahrgängen ermöglicht, mit dem 63. Lebensjahr in den Ruhestand zu gehen. Tabelle 2 stellt die Erwerbstätigenquoten der über 45-Jährigen für die Jahre 2000 und 2015 dar. Hier wird deutlich, dass in diesen 15 Jahren die Quote der 45- bis 65-Jährigen, insbesondere die Quote der 60 bis 65-Jährigen spürbar steigt. Markant ist auch die starke Zunahme der weiblichen Beschäftigten ab 60 Jahre. Während sich die männliche Quote verdoppelt, steigt die Quote der Frauen fast um das Vierfache an (vgl. Frerichs, 2014; Mümken, 2014).

Tabelle 2: Erwerbstätigenquoten von 2000 – 2015 Angaben in Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016, S. 356).

	Gesamt		Männer		Frauen	
	2000	2015	2000	2015	2000	2015
Gesamt	52.6	56.8	61.5	62.2	44.3	51.7
45-50 J	80.3	86.5	87.6	90.3	73.1	82.6
50-55 J	74.1	83.9	83.4	87.6	64.6	80.1
55-60 J	56.5	77.2	66.0	81.5	46.8	73.1
60-65 J	19.9	53.1	27.8	58.8	12.2	47.8
> 65 J	2.6	5.9	4.3	8.5	1.5	3.9

Die Erwerbstätigenquote setzt die Zahl der Erwerbstätigen einer Bevölkerung in Bezug zur Gesamtzahl der Bevölkerung im gleichen Alter und Geschlecht. Dabei wird die Arbeitserhebung des Statistischen Bundesamtes als Datengrundlage verwendet, die das international vereinbarte *Labour-Force*-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) für den Erwerbsstatus zugrunde legt (BIB, 2013, S. 21).

Als erwerbstätig gilt im Rahmen dieses Konzeptes, wer ab einem Alter von 15 Jahren mindestens für eine Stunde gegen Lohn gearbeitet hat (vgl. ebenda, 2013). In den Jahren 2000 bis 2014 sanken die Erwerbstätigenquoten der 15 bis 25-Jährigen geringfügig, die Quote der 25 bis 40-Jährigen

blieb stabil und die Quote der über 50-Jährigen nimmt stark zu. Die Entwicklung der gesamten Erwerbstätigenquoten der Jahre 2000/2014 ist dem Anhang A 2 zu entnehmen.

Seit 2007 steigt die Zahl der älteren sozialversicherungspflichtig Beschäftigten jährlich an (vgl. Peter & Hasselhorn, 2013). Mögliche Gründe dafür können, neben den beschriebenen Faktoren der Geburtenentwicklung, Sterberate und des Wanderungssaldos, die schrittweise Anhebung der Altersgrenzen für den Rentenbezug, die Einführung von Rentenabschlägen bei einem vorzeitigen Übergang in den Ruhestand und die steigende Erwerbsbereitschaft von Frauen sein (vgl. Frerichs, 2014). Genaue Annahmen über die künftige Erwerbstätigkeit sind jedoch schwierig vorherzusagen, da die tatsächlich verfügbaren Arbeitskräfte der Zukunft von gesellschaftlichen Entwicklungen, politischen und unternehmensrelevanten Entscheidungen abhängig sind (vgl. Börsch-Supan, 2013, S. 100). Der Altersstrukturwandel zeigt sich besonders im Anteil der Erwerbstätigen, die 55 Jahre oder älter sind (vgl. Pack et al, 2000). Es wird eine temporäre „Verjüngung“ der Beschäftigten geben, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen. Allerdings wird der Anteil der älteren Beschäftigten vermutlich in den Jahren 2030, 2040 und auch 2050 wieder ansteigen (siehe Abbildung 8). Diese Entwicklung zeigt deutlich, dass die Altersstrukturverschiebung kein Übergangsphänomen, sondern eine permanente Veränderung ist (vgl. Pack et al, 2000).

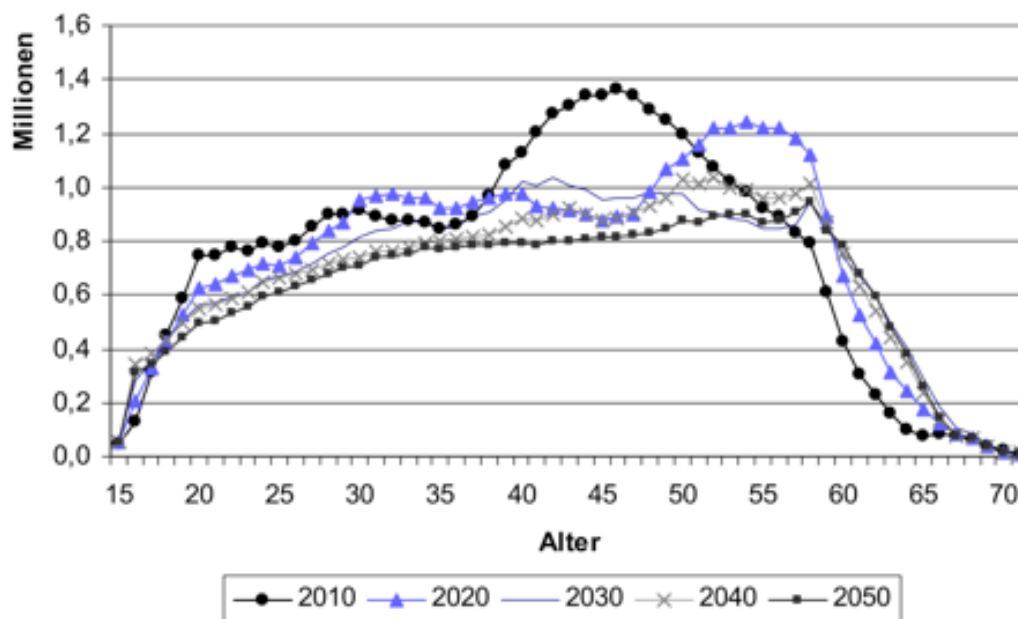


Abbildung 8: Altersstruktur der Erwerbspersonen von 2010 bis 2050 (Börsch-Supan & Wilke, 2008, S. 40).

Bei allen Unwägbarkeiten scheint es wichtig zu sein, ältere Beschäftigte künftig stärker als bisher in die strategischen Unternehmensentwicklungen einzubinden. Bereits 2005 hat die europäische Beschäftigungspolitik dies erkannt und in der Leitlinie 18 empfohlen, die Erwerbsbeteiligung von Frauen und älteren Personen stärker zu fördern und den Erwerbsaustritt hinauszuzögern. Die

Vereinbarkeit von Familie und Beruf solle gefördert sowie die Anforderungen des Arbeitsmarktes an alternde Belegschaften berücksichtigt werden (vgl. Europäische Kommission, 2005).

Abbildung 9 zeigt eine Übersicht der Veröffentlichungen in der Literatur zum Thema Demografie im Kontext von Personal, Arbeit und Organisation. Daraus geht hervor, dass die Veröffentlichungen zu den Auswirkungen der Demografie im Unternehmenskontext seit dem Jahr 2000 stark zugenommen haben (vgl. Sander, 2013).

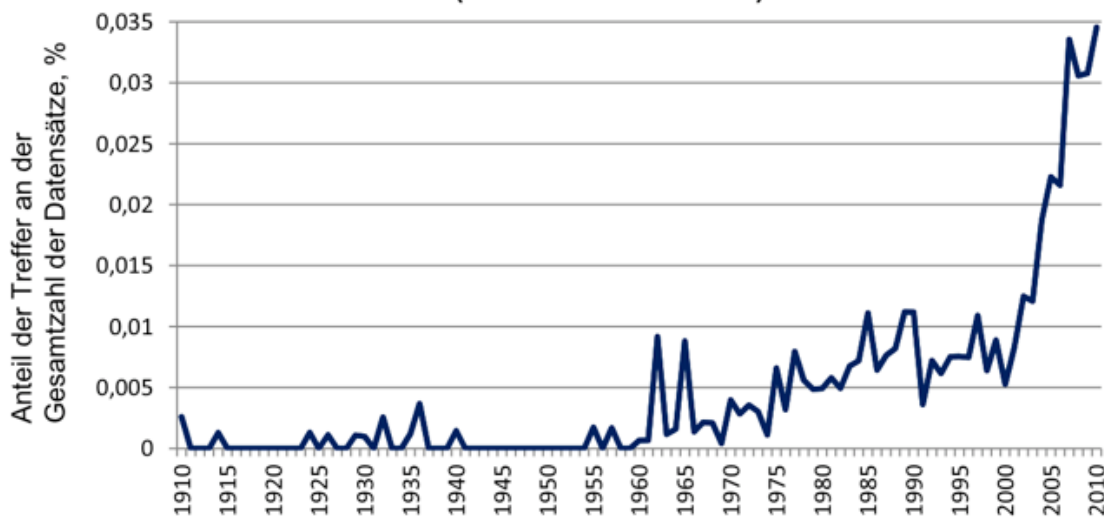


Abbildung 9: Bücher zum Thema Demografie im Kontext von Personal, Arbeit und Organisation, erfasst in der Datenbank WorldCat 1910 – 2010 (Sander, 2013, S. 306).

Es ist abschließend zu vermuten, dass die im Unternehmen vorhandenen, älteren Beschäftigten im Laufe der nächsten Jahre an Bedeutung gewinnen werden (vgl. Lehr & Kruse, 2006). Gleichzeitig deutet sich in dem demografischen Diskurs auch der Blick auf die Chancen der Alterung und Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung an, verbunden mit einem Umdenken in den ökonomischen Diskussionen hin zu den möglichen Potenzialen des Alters (vgl. Klös & Naegele, 2013).

1.3 Zusammenfassung

Der demografische Wandel ist geprägt durch das Absinken der Geburtenrate und die Zunahme der Lebenserwartung, sowie ein für die Zukunft nicht klar kalkulierbares Wanderungssaldo. Insgesamt besteht Einigkeit darüber, dass die deutsche Gesellschaft schrumpfen und der Anteil der älteren Bevölkerung vermutlich steigen wird. Wenn diese Prognosen zutreffen, wird sich die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung verändern, was sich auf den Arbeitsmarkt, auswirken wird, da die Zahl der zur Verfügung stehenden Personen im erwerbsfähigen Alter gleichzeitig sinkt. Das macht sich insbesondere bei dem geringeren Anteil der jüngeren Altersgruppen (bis 25 Jahre) und dem Ansteigen der älteren Altersgruppen (ab 50 Jahre) bemerkbar. In welchem Umfang diese Entwicklung tatsächlich stattfindet und mit welchen Auswirkungen sie nachwirkt, wird

unterschiedlich diskutiert und begründet. Allerdings ist zu erwarten, dass der Anteil an älteren Beschäftigten in den Unternehmen zunehmen wird und das damit auch Veränderungen eintreten werden, die Unternehmen tangieren. Wenn sich diese Berechnungen bewahrheiten, dann sollten sich die Unternehmen auf ein Mehr an älteren Beschäftigten einstellen. Deshalb scheint es hilfreich zu sein, sich mit älteren Beschäftigten, ihren Besonderheiten und Potenzialen zu beschäftigen. Das folgende Kapitel betrachtet die älteren Beschäftigten, ihre Besonderheiten und ihr Leistungsvermögen.

2. Ältere Beschäftigte und ihre Leistungsfähigkeit im Unternehmen

In der vorliegenden Arbeit werden die Auswirkungen des demografischen Wandels in den Unternehmen auf die Bewältigungsstrategien älterer Beschäftigter untersucht. Deshalb erscheint zunächst eine Einführung der Modelle und Bilder des Alters und Alterns sinnvoll. Die Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter wird in der Literatur und in den Unternehmen differenziert dargestellt. Daher werden im letzten Abschnitt dieses Kapitels die gängigen Erwartungen und Einschätzungen beruflicher Leistungsfähigkeit in Bezug auf ältere Beschäftigte in der wissenschaftlichen Literatur nachgewiesen und aus der Perspektive der Beschäftigten selbst sowie aus der Perspektive der Personalverantwortlichen erörtert.

2.1 Modelle des Alter(n)s in der Arbeitswelt

2.1.1 Alter und Altern

Es gibt kein allgemeingültiges Verständnis zum „Alter“ und „Altern“ des „älteren Beschäftigten“ (vgl. BMFSFJ, 2010). Die Schwelle, ab wann die Beschäftigten als „alt“ bezeichnet werden, hängt von vielen Faktoren ab (vgl. Backes & Clemens, 2013). Die OECD definiert diejenigen als „ältere Beschäftigte“, die in der zweiten Hälfte des Berufslebens, aber noch nicht im Pensionsalter stehen: Hier hat sich der Begriff für die 55 bis 64-Jährigen etabliert. Pack et al. (2000) gehen von einer Altersgrenze bei etwa 45 Jahren aus (vgl. ebenda, 2000 S.13). Auch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit sowie das statistische Bundesamt sprechen bei den 45 bis 65-Jährigen von älteren Beschäftigten. Die Kriterien für die Festlegung dieser Altersspanne sind entsprechend bestimmt, weil die statistischen Ermittlungen unterstellen, dass für Arbeitslose in diesem Alter besondere Wiedereingliederungsprobleme bestehen (vgl. Koller & Gruber, 2001).

Seit den 1990er Jahren scheint sich die Schwelle für „alt“ weiter nach vorn verschoben zu haben (vgl. Hübner & Wahse, 2002; Mendius, 2002). Lehr (2007) konstatiert, dass die Zuordnung zu der Gruppe der älteren Beschäftigten von berufs-, betriebs-, tätigkeits- und geschlechtsspezifischen sowie von epochalen Faktoren abhängt. In Zeiten des Arbeitskräftemangels sei die Vorstellung und das Leistungsbild des „älteren Beschäftigten“ anders als in Zeiten des Arbeitsplatzmangels (vgl. Lehr, 2007). Auch scheint es üblich, den Begriff „ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer“ je nach konkreten Arbeitsbedingungen unterschiedlich zu verwenden (vgl. BMFSFJ, 2010). Je nach Arbeitskontext und Beruf zählen 55- bis 64-Jährige und manchmal sogar 45- bis 54-Jährige zu den „älteren Erwerbstätigen“ (vgl. Wurm et al., 2010).

Im Wesentlichen scheinen sich zwei Altersdefinitionen „älterer Beschäftigter“ herauszukristallisieren. Die etwas enger gefasste Definition beschreibt die 55-65-Jährigen und die etwas weiter gefasste Definition die 45-65-Jährigen als „ältere Beschäftigte“. Um ein möglichst großes Altersspektrum in dieser Studie abdecken zu können, wird auf den etwas weiter gefassten Altersbegriff zurückgegriffen. Beschäftigte, die jünger als 45 Jahre sind, werden demnach als „junge Mitarbeitende“ eingestuft. Beschäftigte, die 45 Jahre oder älter sind, zählen zu den „älteren Mitarbeitenden“.

Der Begriff „Alter“ wird als Resultat des Altwerdens mit den Begriffen kalendarisches (auch chronologisches) und biologisches (auch funktionales) Alter beschrieben. Das kalendarische Alter gibt als zeitliche Messgröße die tatsächlich gelebten Lebensjahre wieder, während das biologische Alter den Zustand des Alterns, der körperlichen und geistigen Funktionen und Kapazitäten darstellt (vgl. Seyfried, 2011, S. 9). Dagegen bezieht sich der Begriff des „Alterns“ auf individuelle Veränderungsprozesse über die Lebensspanne und beschreibt somit die Mechanismen, die dem Altwerden zugrunde liegen (vgl. Reimann & Pohl, 2006, S. 7f). „Altern“ wird als ein sehr individueller Vorgang beschrieben, der beim einzelnen Menschen unterschiedlich abläuft. Wie schnell Menschen altern, hängt nicht nur von den Lebensjahren ab. Daher ist auch die Frage nicht eindeutig zu beantworten, ab wann genau man alt ist (vgl. Seyfried, 2011; Woratschek, 2012). Die Zuordnung von Beschäftigten zu Gruppen auf Grundlage des kalendarischen Alters ist damit durch eine gewisse Beliebigkeit gekennzeichnet (vgl. Grabbe & Richter, 2014).

Den Zustand der körperlichen und geistigen Funktionen, das Erleben und Verhalten älterer Menschen wurde durch verschiedene Disziplinen untersucht und im Rahmen einer Vielzahl von Modellen dargestellt. Im Folgenden werden drei maßgebliche, psychologische Modelle des Alterns und Alters dargestellt: das „Defizitmodell“, das „Kompetenzmodell“ und die „Kognitive Theorie des Alterns“.

2.1.2 Altern als Abbauprozess – Defizitmodell

Bis Ende der 1960er Jahre herrschten eher biologisch-medizinische Forschungsansätze über das Alter. Das Defizitmodell unterstellt generell einen altersbezogenen Abbau physischer und psychischer Leistungen sowie zunehmend auftretende Defizite und Störungen (vgl. Schmidt, 2009). Ältere werden nach diesem Modell als nur noch wenig leistungsfähig und innovativ, unflexibel und mit geringer Lernfähigkeit und Lernbereitschaft beschrieben (vgl. Koller & Plath, 2000; Morschhäuser, et al., 2008; Seyfried, 2011).

In der psychologischen Alternsforschung wurde das Defizitmodell in den Bereich der kognitiven Forschung durch die Arbeiten von Wechsler (1944) übertragen. Die Querschnittsbefunde zeigten

den Höhepunkt der kognitiven Leistungsfähigkeit im mittleren Erwachsenenalter und einen deutlichen Abfall nach dem fünften Lebensjahrzehnt (vgl. Rupprecht, 2008; Grabbe & Richter, 2014). Durch weitere Längsschnittuntersuchungen haben sich diese Ergebnisse als nicht zutreffend erwiesen. Altern ist demnach nicht allein durch Verluste, sondern auch durch Gewinne gekennzeichnet. Ein Beispiel hierfür ist die Intelligenzentwicklung über die Lebensspanne (vgl. Baltes, 1997, Kray & Lindenberger, 2007), bei der zwischen „Mechanik der Intelligenz“ und „Pragmatik der Intelligenz“ unterschieden wird (siehe Abbildung 10).

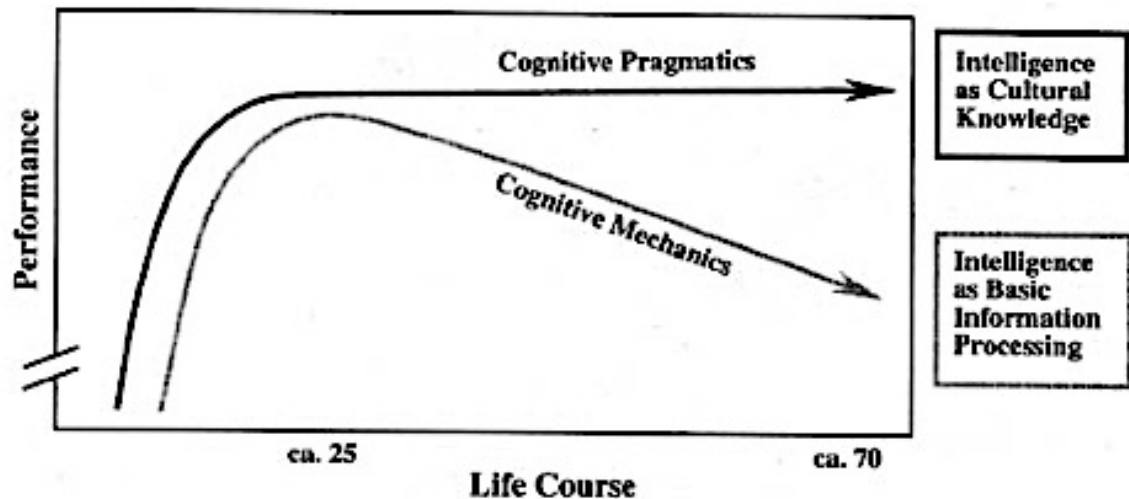


Abbildung 10: Das Zweikomponentenmodell über die Lebensspanne der intellektuellen Entwicklung (Baltes, 1997, S. 373).

Die „Mechanik der Intelligenz“ umfasst Prozesse der Wahrnehmung und Denkfähigkeit, die stark von neuronalen Prozessen abhängen und mit zunehmendem Alter einem biologischen Abbau unterliegen. Dagegen werden unter der „Pragmatik der Intelligenz“ Erfahrungs- und Wissensbestände verstanden, die im Verlauf des Alterns weitgehend stabil bleiben und möglicherweise sogar zunehmen. Dieses Zweikomponentenmodell steht in engem Bezug zur Theorie der kristallinen und fluiden Intelligenz nach Cattell (1971). Untersuchungen von Salthouse (1985) bestätigen dieses Verständnis. Die Ergebnisse zeigen zum Beispiel, dass ältere Maschinenschreibende Leistungen auf hohem Niveau erbringen können, obwohl ihre Reaktionszeit verringert ist („Mechanik der Intelligenz“). Sie kompensieren diesen Verlust durch den Einsatz der „Pragmatik der Intelligenz“, indem sie den abzutippenden Text vorauslesen (vgl. Salthouse, 1985). Quantitative Untersuchungen bestätigen diese Aussage (vgl. Börsch-Supan, 2017). Auch wenn die Leistungsfähigkeit der älteren Beschäftigten sinkt, wurde bei 50 bis 60-jährigen Fließbandarbeitenden eine höhere Produktivität als bei 25 bis 35-Jährigen festgestellt. Der Grund liegt in weniger schweren Fehlern, deren Korrektur für das Unternehmen hohe Kosten verursachen kann (vgl. ebenda, 2017, S. 141).

Es kann davon ausgegangen werden, dass einige Fähigkeiten mit dem Alter abnehmen. Dies gilt allerdings nicht generell für alle kognitiven und physischen Fähigkeiten. Das Defizitmodell gilt inzwischen als weitestgehend widerlegt und wird von einem Bild abgelöst, dass die Individualität älterer Beschäftigter betont (vgl. Becker, 2011, S.46; Schmidt & Tippelt, 2009 S. 75). Dieses Verständnis deckt sich auch mit der Vorgabe des Artikels 27 in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die seit 2009 in deutschem Recht verbindlich ist (vgl. BMAS, 2016). Danach haben Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung einen Anspruch auf Teilhabe am Arbeitsleben, der sich an ihrer persönlichen Leistungsfähigkeit und nicht an ihren Defiziten orientiert (vgl. BMFSFJ, 2010). Die Notwendigkeit differenzierter Altersbilder wird im Rahmen des sechsten Altenberichts des Bundesministerium für Arbeit und Soziales stark betont (vgl. BMAS, 2011, S. 68).

2.1.3 Altern als Kompensationsprozess – Kompetenzmodell

Innerhalb des Kompetenzmodells, das in der Literatur auch als sprachliches Äquivalent zum Kompensationsmodell zu finden ist, wird davon ausgegangen, dass es neben altersbedingten Abbauprozessen kompensatorische Strategien gibt, sodass Ältere in ihrer Leistungsfähigkeit wenig beeinträchtigt werden (vgl. Maintz, 2003). Im Gegensatz zum Defizitmodell geht das Kompetenzmodell davon aus, dass ein Entwicklungsprozess über die gesamte Lebensspanne stattfindet und auch im Alter durch ein erhebliches Ausmaß an Kompetenzen gekennzeichnet ist. Damit ist menschliches Verhalten sowohl von Personen als auch von situationsspezifischen Faktoren bestimmt: „Es konnte gezeigt werden, dass gerade die Aktivitäten aus dem Bereich der erweiterten Kompetenz zum Erleben von Lebensqualität, Handlungsfähigkeit und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit oder Kontrolle entscheidend beitragen“ (Rupprecht, 2008, S. 22). Kruse (1996) beschreibt Kompetenz nach Bandura als vom Menschen als effektiv erlebten Umgang mit Anforderungen in seiner Umwelt (vgl. ebenda, 1996, S. 290). Kompetenz wird in diesem Modell als Interaktion des Individuums mit den Anforderungen einer konkreten Situation verstanden.

Kognitive Leistungen sind intraindividuell äußerst variabel und im Alter durch individuelle und kollektive Erfahrungen modifizierbar (vgl. Hofecker, 1991; Kranzhof, 1991; Wild-Wall et al. 2009). Der individuelle Alterungsprozess ist in soziale, gesellschaftliche und historische Kontexte eingebettet. Abbauprozesse treten im Alter nicht zwangsläufig auf, sondern sind durch Einflüsse wie Ausbildung, Lebensstil und die Art der Arbeit beeinflusst (vgl. Bellmann et al., 2003; Reimann & Pohl, 2006). Im Gegensatz zum Defizitmodell beruht das Kompetenzmodell auf positiven Altersbildern (vgl. Freidank et al., 2011). Älteren Personen wird ein höheres Maß an sozialen Kompetenzen, Erfahrungswissen sowie Zuverlässigkeit zugeschrieben (vgl. Kistler, 2008).

2.1.4 Altern als subjektive Wahrnehmung und Bewertung – Kognitive Theorie des Alterns

Die kognitive Theorie der Anpassung an das Alter von Thomae (1970) betont subjektive Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse des individuellen Alterns. Nicht nur die äußere Situation, sondern insbesondere die Art und Weise wie die Situation eines Menschen subjektiv wahrgenommen und kognitiv repräsentiert wird, hat einen Einfluss auf das Erleben und Handeln einzelner Personen. Dabei können die kognitiven Prozesse und die daraus resultierenden Anpassungsprozesse sowohl bewusst als auch unbewusst ablaufen. Thomae & Lehr (1975) beschreiben Altern als ein Resultat der Wechselwirkung zwischen einer Person und seiner sozialen Umgebung. Sowohl körperliche, psychische, soziale als auch gesellschaftliche Phänomene sind für das Alter und Altern verantwortlich (vgl. Baltes & Baltes, 1994).

Die subjektive Interpretation einer Situation und die individuelle Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes nehmen Einfluss auf die Situation und das Verhalten einer Person (vgl. Rupprecht, 2008). Das Modell von Thomae geht davon aus, dass Individuen einen Gleichgewichtszustand anstreben: So wird beispielsweise Lebenszufriedenheit im Alter als ein Prozess der Auseinandersetzung des alternden Menschen mit seiner Lebenssituation beschrieben.

Die kognitive Theorie des Alterns nach Thomae hat entscheidend zum Verständnis des Alternsprozesses beigetragen. Dadurch, dass sowohl Kognition (d.h. subjektive Wahrnehmung) als auch Motivation (subjektive Bedürfnisse) einbezogen werden, kann die Individualität des Alternsverlaufes erklärt werden, und es wird deutlich, dass es „das einheitliche Altern“ nicht geben kann (Rupprecht, 2008, S. 23).

Bei den individuellen Bewertungen über das eigene Alter(n) spielen auch Altersbilder als soziale Konstruktionen eine Rolle (vgl. Baltes & Baltes, 1989; Becker & Minsel, 1986; Hofecker, 1991). Dadurch entstehen Altersbilder, die sich sowohl beim Selbstbild von Einzelnen, der Nutzung ihrer Potenziale als auch beim Umgang mit den Lebensspielräumen anderer Menschen und deren Entwicklungspotenzialen auswirken können (vgl. BMFSFJ, 2010; Huy & Thiel, 2009). Subjektive Vorstellungen über das Altern und über das eigene Leben im Alter üben einen wesentlichen Einfluss auf die tatsächliche kognitive und physische Leistungsfähigkeit sowie den Lebensstil im Alter aus. Gesellschaftliche, persönliche und betriebliche Altersbilder beeinflussen vermutlich auch unsere Arbeitsfähigkeit. Im folgenden Abschnitt werden mögliche Wahrnehmungen des Alter(n)s und mögliche Ursachen stereotyper Altersbilder beschrieben.

2.2 Altersbilder

2.2.1 Individuelle Altersbilder

Es existieren viele verschiedene Altersbilder und eine Reihe von Vorstellungen über das Altern und das eigene Leben in dieser Lebensphase. Sie entwickeln sich aus dem kulturellen Wissensschatz einer Gesellschaft und dem individuellen Erfahrungsschatz des Einzelnen. Eine Person verfügt vermutlich über verschiedene Altersbilder, die je nach Kontext und Situation unterschiedlich repräsentiert werden. Die persönliche Interaktion ist zum Beispiel von eingewebten Altersbildern geprägt. „Alterskomplimente in Gesprächen zwischen jüngeren und älteren Menschen sind ein Beispiel für solche typischen Verhaltensmuster auf der sprachlichen Ebene.“ (BMFSFJ, 2010, S. 28) Wenn ältere Personen ihr Alter nennen, so wird häufig ihr Aussehen, ihre Fitness oder ihre Aktivität als überraschend gut für ihr Alter beschrieben. Auch wenn die ältere Person eine positive Rückmeldung erhält, so liegt diesem Gesprächsritual doch ein tendenziell negativ geprägtes Altersbild zugrunde (vgl. ebenda, 2010).

Generelle positive und negative Altersbilder und Einstellungen zum Alter können in Form von Stereotypen erhebliche Auswirkungen auf den weiteren Verlauf kognitiver und körperlicher Leistungsfähigkeit im Alter haben. Diese Altersstereotype haben die „Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters“ (ILSE) aufgezeigt (vgl. Martin et al., 2000; Schmitt et al, 2008). In der Studie wurden an drei Messzeitpunkten über einen Zeitraum von zwölf Jahren (1993/96; 1997/2000; 2005/07) die Zusammenhänge zwischen individuell verfügbaren körperlichen, psychischen und kognitiven Ressourcen einerseits und den Einstellungen zum eigenen Altern andererseits untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Einstellungen zum eigenen Altern (a) mit zunehmendem Alter negativer werden, (b) wesentlich von der aktuellen Ressourcenlage abhängig sind, (c) Veränderungen der Ressourcenlage sich zusätzlich auf die Einstellungen zum eigenen Altern auswirken und (d) das Alter eher als Verstärker des Zusammenhangs zwischen Ressourcen und Einstellungen denn als eigenständiger Einflussfaktor auf die Einstellungen zum eigenen Alter auftritt. (Schelling & Martin, 2008, S. 38)

Eine weitere Beeinflussung des individuellen Altersbildes ist durch den technischen Fortschritt möglich. In der empirischen Literatur wird im Zusammenhang von Altersbildern und Technik diskutiert, inwieweit sich Ältere, bedingt durch den Umgang mit digitaler „neuer“ Technik schon in relativ jungen Jahren als „alt“ wahrnehmen. Begründet werden die Überlegungen damit, dass technikbezogene Handlungen heute mit steigenden Anforderungen einhergehen, die mit einem erhöhten Beratungs- und Unterstützungsbedarf verbunden sind. Dadurch kann schon in jüngeren Jahren

die subjektive Wahrnehmung des „Altseins“ vorherrschen. Es ist zu vermuten, dass sich diese Wahrnehmung auch im individuellen Altersbild widerspiegelt (vgl. Palizäus-Hoffmeister, 2013, S. 197).

Wenn in Anlehnung an das Defizitmodell ein eher durch Verluste und Defizite geprägtes stereotypes Altersbild angenommen wird so kann diese Wahrnehmung ältere Beschäftigte an einer aktiven Berufs- und Lebensgestaltung hindern. Liegt dagegen ein eher positives Altersbild vom eigenen Alter und Altern vor, so steigert dieses vermutlich die Bereitschaft zum beruflichen Engagement und der Beteiligung in verschiedenen Bereichen. Subjektive Vorstellungen vom Alter prägen das Selbstbild von Beschäftigten und haben einen Einfluss auf deren Verhalten und Leistungsfähigkeit. (vgl. Schmid, 2011, S. 21f).

2.2.2 Gesellschaftliche Altersbilder

Altersbilder verändern sich in verschiedenen Lebenslagen und im Laufe der historischen Entwicklungen einer Gesellschaft durch vorherrschende Deutungsmuster (vgl. Clemens & Brauer, 2010; Hoß et al., 2013). Daraus entstehen generalisierte Altersbilder, die allgemeine Vorstellungen einer Gesellschaft über das Alter repräsentieren (vgl. Göckenjahn, 2000, S. 14ff). Ein Beispiel für die Veränderungen der Vorstellungen zum Alter stellen die Ergebnisse einer Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach dar. Auf die Frage: „Möchten Sie 150 Jahre alt werden?“ antworteten 1956 rund 55 Prozent der deutschen Bevölkerung zustimmend, 1985 beantworteten diese Frage nur noch 38 Prozent mit „ja“ (vgl. Institut für Demoskopie Allensbach, 2006).

Seit den 1950er Jahren wurden die Gesellschaftsbilder des Alters genauer erforscht (vgl. Rosenmayr, 1976). Die Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zeigen, dass sich sowohl verlust- als auch gewinnbezogene Altersbilder einzelner Bevölkerungsgruppen unterscheiden. Hierbei fallen zum Beispiel die persönlichen Altersbilder von jüngeren, gebildeteren Personen und Personen, die in den alten Bundesländern leben, deutlich positiver aus, während höheres Lebensalter, geringere Bildung sowie der regionale Kontext der neuen Bundesländer mit einer negativeren Sicht auf das Älterwerden verbunden sind (vgl. Wurm & Huxhold, 2010, S. 252).

In Deutschland orientieren sich die Alters- und Leistungsbilder in der Arbeitswelt sehr stark an der Arbeitsmarkt- und Rentenpolitik. Die entsprechenden Entwicklungen der vergangenen Jahre kann man auch in anderen europäischen Ländern nachweisen. So beschreibt Cribier (1989) in einer französischen Studie:

Eine besonders signifikante Änderung der Einstellungen zeigt der Vergleich zweier Alterskohorten von Pariser Arbeitern, die 1972 und 1984 in Pension gingen. Angehörige der älteren Gruppe – befragt 1975 – waren bemüht, sich zu entschuldigen, wenn sie vor 65

pensioniert worden waren: Sie seien keineswegs faul, hätten jedoch keine Arbeit finden können. In der jüngeren Gruppe – befragt 1987 – entschuldigten sich dagegen diejenigen, die erst spät in Rente gegangen waren: Sie hätten keineswegs den Jüngeren Jobs stehlen wollen. Zitiert nach (Ehmer, 1990, S. 153)

Den gesellschaftlichen Wandel des Altersbildes werden von Burkert & Sproß (2010) anhand folgender Entwicklungen skizziert: In den späten 1950er Jahren dominierte das Bild des schutzbedürftigen älteren Beschäftigten. Es wurden besondere Vereinbarungen im Hinblick auf den Kündigungsschutz getroffen. In der zweiten Phase der Politik ab Mitte der 1970er Jahre überwog das Bild der leistungsgeminderten, älteren Beschäftigten. Diese Phase mündete dann in dem arbeitsmarktregulierenden Instrument der Frühverrentung der 1980er Jahre mit der sozialverträglichen Freisetzung der älteren Beschäftigten. Die Botschaft im Hinblick auf das Altersbild in der Arbeitswelt vermittelte den Eindruck, dass älterer Beschäftigte ausgegliedert und nicht mehr gebraucht werden. Seit Mitte der 1990er Jahre wird der Versuch unternommen, dieses Altersbild zu verändern, indem ein neues Kompetenzmodell älterer Beschäftigten entwickelt und kommuniziert wird. Politisch wurde dieses Vorgehen mit der Rente ab 67 untermauert (vgl. BMFSFJ, 2010, S.100f), die ab 2012 in Kraft trat. Durch den steigenden Bedarf an qualifizierten und produktiven Arbeitskräften veränderte sich das Altersbild in den 2000er Jahren hin zum Bild des „aktiven Alterns“ (vgl. Burkert & Sproß, 2010). In Abkehr zum Defizitmodell und in Anlehnung an die kognitive Theorie des Alterns wird durch die Flexibilisierungsüberlegungen der gesetzlichen Rentenversicherung den individuellen Besonderheiten des Alterns stattgegeben (vgl. Börsch-Supan et al., 2015). Ein gesetzlicher Rahmen für die Individualisierung betrieblicher Ruhestandsregelungen erfolgte 2017 (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2017).

Altersbilder sind wichtige Prädiktoren für ein aktives Altern und gleichzeitig auch wichtig für die Interaktion verschiedener Generationen im Betrieb. Die Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen ist nicht nur von subjektiven Vorstellungen über das eigene Altern beeinflusst, sondern auch abhängig von den im sozialen Umfeld vertretenen Altersbildern. Persönliche Altersbilder stehen in direktem Zusammenhang mit der Lebensgestaltung, dem Aktivitätspotenzial und der Gesundheit im Alter (vgl. Schmidt, 2011). Es ist zu vermuten, dass dieses Wechselspiel von persönlichen und gesellschaftlichen Altersbildern auch Auswirkungen auf die Altersbilder in der Arbeitswelt hat.

2.2.3 Altersbilder im Betrieb

Beide Bilder, die gesellschaftlichen wie die persönlichen findet man auch dort, wo Personalentscheidungen getroffen werden. Welche Altersbilder in Unternehmen genutzt werden, ist von der konkreten betrieblichen Situation abhängig. Altersbilder treten als eine Art kollektives Deutungsmuster auf und spiegeln die berufliche Wirklichkeit, auf die sie sich beziehen, nicht nur wieder,

sondern organisieren diese Wirklichkeit (vgl. Hofecker, 1991; Schönwald et al., 2015). Altersbilder können demnach in einer Art „subtilen Wechselspiels“ gesellschaftliche sowie betriebliche Prozesse aufrechterhalten und damit betriebliche und individuelle Entwicklungsverläufe kontrollieren (vgl. Rothermund & Wentura, 2007; Schönwald et al., 2015). Es ist davon auszugehen, dass Altersbilder nicht klar sondern ambivalent sind und Einfluss auf den individuellen Verlauf der Leistungsfähigkeit haben. Alter(n) wird sehr unterschiedlich und individuell wahrgenommen (vgl. Sporket, 2009). Die interindividuellen Unterschiede nehmen dabei im Laufe des Alterns auf Grund der unterschiedlichen Lebensstile und arbeitsbedingten Einflüsse zu (vgl. Ilmarinen, 2004; Schulz & Heckhausen, 1996). Einstellungen gegenüber älteren Beschäftigten scheinen einen erheblichen Einfluss auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit älterer Menschen zu haben. Dieser Zusammenhang wird im folgenden Abschnitt näher beleuchtet.

2.3 Berufliche Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter

2.3.1 Zusammenhang von Alter, Leistung und Arbeit

Im Zusammenhang mit Alter, Leistung und Arbeit tauchen drei Begriffe immer wieder auf: Leistungs-, Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Während der Begriff „Arbeitsfähigkeit“ noch relativ jung ist, wird der Begriff „Leistungsfähigkeit“ schon sehr viel länger in der (arbeits-)psychologischen Wissenschaft und Praxis verwendet (vgl. Richenhagen, 2009; Urlaub et al., 2010). In der „Arbeitsmarktpolitik“ hat sich dagegen der Begriff der „Beschäftigungsfähigkeit“ durchgesetzt (vgl. Brussig & Knuth, 2009; Freidank et al., 2011; Grabbe & Richter, 2014).

Leistungsfähigkeit

Inwieweit zwischen Alter und Leistungsfähigkeit von Beschäftigten ein Zusammenhang existiert, wird in den verschiedensten Disziplinen mit zum Teil recht unterschiedlichen Ergebnissen untersucht (Börsch-Supan et al., 2006; Lehr & Thomae, 1987). „Leistungsfähigkeit“ steht dafür, dass ein Mensch eine bestimmte Leistung über einen längeren Zeitraum, möglichst über ein Arbeitsleben lang, erhalten kann, ohne dass gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten (vgl. Jaeger, 2015a). Der Begriff verweist auf explizit gesundheitsrelevante Zusammenhänge und bezieht sich auf die Gesamtheit seiner körperlichen (physischen) als auch geistigen (psychischen beziehungsweise mentalen) Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ein Mensch im Laufe seiner Arbeitsaufgabe einbringen kann (vgl. Richenhagen, 2009). Die Voraussetzungen und Einflussfaktoren zur Erbringung von Leistung werden in dem Modell von Jaeger (2015a) verdeutlicht (siehe Abbildung 11, folgende Seite). Demnach bedingen sich Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft gegenseitig. Die Leistungsbereitschaft prägt den Willen zum Handeln und stellt die Motivation einer Person dar: „Wie „robust“ und intelligent ein Mensch ist, ist zum Teil

durch seine Erbanlagen bedingt. Doch er kann durch das eigene Verhalten – den Umgang mit sich selbst – die eigene Leistungsfähigkeit entscheidend beeinflussen.“ (Jaeger, 2015a, S. 30)



Abbildung 11: Einflussfaktoren körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit (Jaeger, 2015a, S. 31).

Arbeitsfähigkeit

Arbeitsfähigkeit wurde als Begriff von Tuomi und Ilmarinen et al. (2001) geprägt und betrachtet Leistungsfähigkeit im konkreten Zusammenhang mit den gestellten Arbeitsanforderungen. Ein Mensch ist dann arbeitsfähig, wenn er die bestehende Aufgabe aktuell erfolgreich bearbeiten oder bewältigen kann (vgl. Hoß et al., 2013). Bei der Arbeitsfähigkeit (*Work Ability*) handelt es sich um einen dynamischen Anpassungsprozess individueller Ressourcen und Arbeitsanforderungen (vgl. Koller & Plath, 2000). Tuomi und Ilmarinen (2001) entwickelten am *Finnish Institute of Occupational Health* (FIOH) den Arbeitsbewältigungsindex (ABI), ein Instrument mit dem sich Arbeitsfähigkeit messen lässt (vgl. Ilmarinen, 2011). Die Basis für dieses Instrument lieferte eine Langzeitstudie in Finnland, bei der 6000 Beschäftigte im Erwerbsleben beobachtet und zum Teil gefördert wurden (vgl. Hoß et al., 2013). Mit dem Bild eines Hauses, dem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ wird ausführlich beschrieben, welche Faktoren sowohl am Arbeitsplatz als auch außerhalb des Arbeitsplatzes die Arbeitsfähigkeit beeinflussen (siehe Abbildung 12, folgende Seite). Die vier Stockwerke „Gesundheit und Leistungsfähigkeit“, „Kompetenz“, „Werte und Haltungen“ sowie „Arbeit, Arbeitsumgebung und Führung“ bauen teilweise aufeinander auf. Das Modell bindet Umgebungseinflüsse von der Familie bis hin zu politischen Rahmenbedingungen ein. Arbeitsfähigkeit wird als Summe von Faktoren verstanden, die eine Person in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen (vgl. Seyfried, 2011). Mit dem Alter nimmt die Individualität der Beschäftigten eindeutig zu. Ihre Arbeitsfähigkeit kann sich verbessern, gleich

bleiben oder sich verschlechtern (vgl. Tempel & Ilmarinen, 2013).



Abbildung 12: Haus der Arbeitsfähigkeit (Tempel & Ilmarinen, 2013, S. 41).

Eine Studie von Biallas et al. (2015) zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen Arbeitsfähigkeit und Berufsgruppen mit unterschiedlicher körperlicher Aktivität. Ein Unterschied zwischen unterschiedlichen Altersgruppen konnte dagegen nicht festgestellt werden. Arbeitsfähigkeit kann in der Interaktion von Personen und Arbeitsanforderungen weiterentwickelt und gefördert, aber auch reduziert und vermindert werden. Sie hängt von einer Reihe verschiedener Faktoren ab. „Wenn Menschen älter werden, können sie die Bearbeitung einer objektiv gleichen Aufgabe subjektiv als Beanspruchung empfinden.“ (Jaeger, 2015a, S. 28)

Beschäftigungsfähigkeit

Beschäftigungsfähigkeit meint die andauernde Arbeitsfähigkeit in sich verändernden Arbeitsmärkten. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Dynamik und Flexibilisierung der Arbeitswelt wird die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten nicht nur im Zusammenhang mit bestehenden oder künftigen Arbeitskonstellationen, sondern vor allem vor dem Hintergrund der Erfordernisse des Arbeitsmarktes betrachtet (vgl. Jaeger, 2015a; Hoß et al., 2013). Als Kern der europäischen Beschäftigungsstrategie ist die Erhöhung individueller Beschäftigungsfähigkeit durch den Erhalt und den Ausbau von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten ein wichtiger Bestandteil des Sozialgesetzbuches (SGB III) (vgl. Bischof et.al., 2013; Brussig & Knuth, 2010). Die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit wird in einem ganzheitlichen Rahmen verstanden. Nicht nur individuelle und betriebsinterne Faktoren im Sinne einer förderlichen Unternehmenskultur und Führung, sondern auch betriebsexterne Faktoren werden als relevant betrachtet (siehe Abbildung 13, folgende Seite). Als zentrale Voraussetzung wird ein lernförderliches Umfeld formuliert. Die Entwicklung der Beschäftigungsfähigkeit wird sowohl innerhalb als auch außerhalb des Arbeitslebens beschrieben. Damit ist sie sowohl durch den Einzelnen direkt aber auch durch

Rahmenbedingungen beeinflussbar. Der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit wird als gemeinsame Verantwortung von Arbeitgebern und Arbeitnehmenden betrachtet. Die Aufnahmekapazität des Arbeitsmarktes sowie die Beschäftigungs- und Einstellungsbereitschaft der Unternehmen stehen dabei im Mittelpunkt (vgl. Freidank et al., 2011; Hoß et al., 2013; Kistler, 2008).

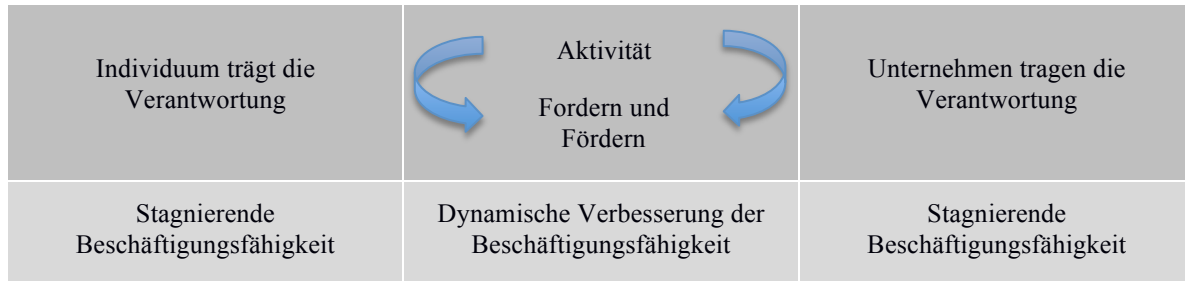


Abbildung 13: Gemeinsame Verantwortung Beschäftigungsfähigkeit (Hoß et al., 2013, S. 22).

Mit Beschäftigungsfähigkeit sind drei Anknüpfungspunkte verbunden: die Beschäftigungsfähigkeit aus individueller Sicht, auf betrieblicher Ebene und im gesellschaftlichen Kontext. Beschäftigungsfähigkeit beinhaltet sowohl bildungspolitische als auch arbeitsmarktpolitische Betrachtungen (vgl. Rump & Eilers, 2006). Beschäftigungsfähigkeit kann als andauernde Arbeitsfähigkeit beschrieben werden, die sich an stark wandelnden Arbeitsmärkten beweist (vgl. Richenhagen, 2009, S. 8). Die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit wird für alle Altersgruppen als gleich wichtig betrachtet. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass individuelle Einzelmaßnahmen für ältere Beschäftigte aufgrund bestehender gesundheitlicher Gegebenheiten notwendig sein können. Im Rahmen dieser Arbeit stellt der Begriff der Beschäftigungsfähigkeit eine wichtige Grundlage für die Bewertung unternehmensspezifischer Maßnahmen dar.

2.3.2 Körperliche und psychische Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter

Altern ist ein normales physiologisches Geschehen, das ausnahmslos alle Individuen betrifft, allerdings mit vielschichtigen intra- und interindividuellen Streuungen (vgl. Bossmann et al., 2013). Altern ist keine Krankheit und auch gesunde Menschen altern. Es gibt gesunde alte Menschen: Altern ist nicht an das Vorhandensein von Krankheiten gebunden (vgl. Hofecker, 1991). Ältere Beschäftigte haben eine längere Lebens- und Erwerbsarbeitsstrecke zurückgelegt, was dazu führen kann, dass auf der einen Seite Kompetenzen entwickelt werden, auf der anderen Seite kann es aber auch zu Abbauprozessen kommen. Damit verändert sich nicht das Niveau der Leistungen, sondern das Spektrum der Leistungsfähigkeit. Erfahrungswissen, Routine, Sicherheitsbewusstsein oder sprachliche Gewandtheit werden als Fähigkeiten beschrieben, die sich im Laufe des Lebens entwickeln (vgl. Tews, 1991).

Andere Fähigkeiten dagegen, wie Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit, Konzentrationsfä-

higkeit oder Kreativität, bleiben erhalten. Tendenziell weniger werden Muskelkraft, Seh- oder Hörvermögen oder geistige Umstellungsfähigkeit (vgl. Morschhäuser et al., 2008). Differenzen in der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit werden durch zum Beispiel individuelle Erfahrungen, persönliche Fitness, Arbeitsplatzbedingungen und Lernerfahrungen beeinflusst. Leistungsfähigkeit hängt zum einen von der Person selbst und zum anderen von den Rahmenbedingungen des Menschen und seiner Tätigkeit ab. Verschiedene Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die interindividuellen Unterschiede mit zunehmendem Alter größer werden und so das chronologische Alter immer weniger über die Fähigkeiten und Fertigkeiten aussagt (vgl. Adenauer, 2015; Lehr, 1991; Lehr & Thomae, 1987).

1989 wurden deutschsprachige Erwachsene unter anderem nach ihrer individuellen körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit befragt (vgl. Arnold, 1991). Die Ergebnisse dieser repräsentativen Befragung zeigten zwei Aspekte sehr deutlich: Zum einen wurde die Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit anscheinend viel stärker und eher wahrgenommen als die Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit. Zum anderen schien die Altersgrenze für die Wahrnehmung einer deutlichen Abnahme der Leistungsfähigkeit vom eigenen Lebensalter abhängig zu sein. Je älter die Befragten waren, desto später wurden körperliche und geistige Leistungseinschränkungen beschrieben (vgl. ebenda, 1991).

Der vorzeitige Abbau der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ist nicht ausschließlich biologisch bedingt. Vielmehr ist zu vermuten, dass sowohl Beschäftigte diesen Prozess durch persönliche Lebensführung und Unternehmen durch die Arbeitsbedingungen, zum Beispiel einseitige, verschleißende, unterfordernde Tätigkeiten sowie durch eine gesundheitsförderliche und geistig herausfordernde Arbeitsgestaltung positiv beeinflussen können (vgl. Börsch-Supan et al. 2006; Holz, 2007; Jaeger, 2015a; Koller & Gruber, 2001; Koller & Plath, 2000; Langhoff, 2009; Lehr, 1991; Morschhäuser et al., 2008; Schmitt et al., 2008; Tews, 1991). Die Differenzierung der Leistungsfähigkeit wird von unterschiedlichen Personen über die Lebensspanne hinweg unterschiedlich wahrgenommen (vgl. Tempel & Ilmarinen, 2013; Tews, 1991).

2.3.3 Einschätzung der Leistungsfähigkeit Älterer durch Personalverantwortliche

Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter durch Personalverantwortliche ist möglicherweise durch bestehende Altersbilder geprägt. Das in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts vornehmlich defizitorientierte Leistungsbild vom Alter(n) scheint in den heutigen Betrieben differenzierter betrachtet zu werden und abhängig von den konkreten Erfahrungen Einzelner im Umgang mit Älteren zu stehen (vgl. Hofecker, 1991). Wird die Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter unterdurchschnittlich eingestuft, so werden auch tendenziell weniger ältere Beschäftigte in den Betrieben neu eingestellt und es könnte sein, dass sich diese Einschätzung

auch auf die Förderung sowie die Arbeitsbedingungen von Älteren und dann weiter negativ auf deren eigenes Bild ihrer Leistungsfähigkeit auswirkt (vgl. Arnold, 1991; Brüssig & Bellmann, 2008; Rothermund & Wentura, 2007; Schmidt, 2011; Schmidt & Tippelt, 2009; Seyfried, 2011).

Darauf deuten auch die Ergebnisse des 2002 und 2004 am Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) durchgeführten Forschungsprojekts mit dem Titel „Ältere ArbeitnehmerInnen im Betrieb“ hin (vgl. Bellmann et al., 2006). Grundlage dieser empirischen Befunde sind die Daten des IAB-Betriebspanels, einer repräsentativen, jährlichen Befragung von fast 16.000 Betrieben aller Branchen in Deutschland (vgl. ebenda, 2006). 2002 wurde die Wertschätzung der Unternehmen gegenüber älteren Arbeitnehmern zusätzlich untersucht. Dafür ordneten die Betriebe die Eigenschaften der Beschäftigten älteren und jüngeren Arbeitnehmern zu (siehe Abbildung 14).

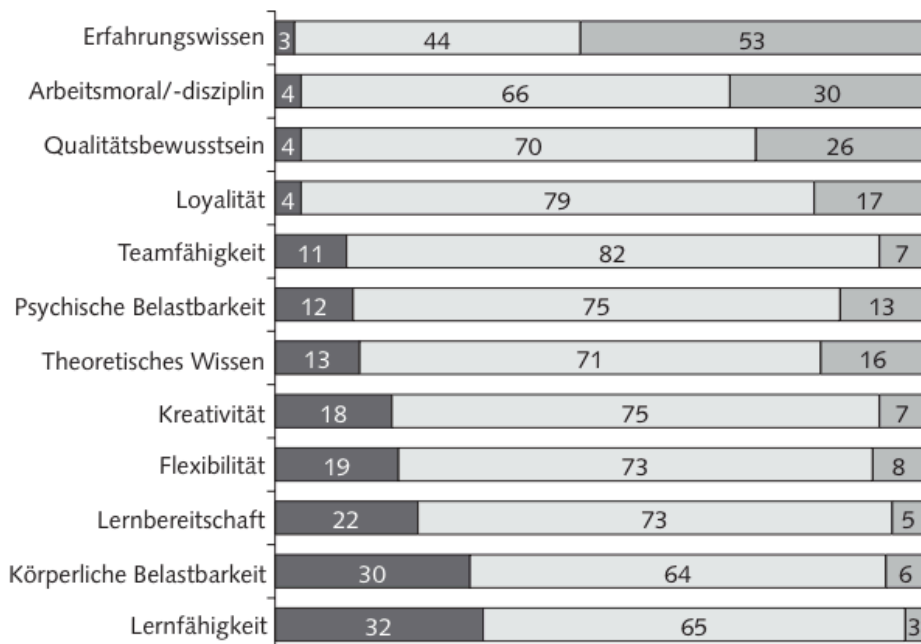


Abbildung 14: Leistungsfähigkeit älterer und jüngerer Arbeitskräfte. Betriebliche Beurteilung in Prozent (dunkelgrau: eher bei Jüngeren, hellgrau: kein Unterschied, mittelgrau: eher bei Älteren) (Bellmann et al, 2006, S. 429).

Das Ergebnis der Befragung zeigt einen Zusammenhang zwischen dem Anteil älterer Beschäftigter und deren Image im Unternehmen. Je höher der Anteil der über 50-Jährigen umso besser war ihr Image (vgl. Stettes, 2009). Ältere Beschäftigte wurden beim Erfahrungswissen, beim Qualitätsbewusstsein sowie bei der Arbeitsmoral und -disziplin als besonders kompetent eingeschätzt. Die Jüngeren wurden eher als lernbereit und -fähig sowie körperlich belastbarer beschrieben.

Eine erhöhte Aufmerksamkeit für das Thema „Leistungsfähigkeit, Gesundheit und Alter“ verdeutlicht die steigende Anzahl an Veröffentlichungen zu diesem Thema in den vergangenen Jahren (vgl. Reimann & Pohl, 2006). Ältere Beschäftigte sind auf dem Arbeitsmarkt

zunehmend präsent und auch ihre Erwerbstätigenquoten sind gestiegen. Dennoch scheint es immer noch so, dass ältere Beschäftigte auf dem Arbeitsmarkt eher als Risiko-, denn als Positivfaktor gelten (vgl. Koller & Gruber, 2001). Es deutet sich an, dass ein Unternehmen, wenn es Arbeitskräfte abbauen muss, oft aus wirtschaftlichen und sozialen Gründen zunächst auf die „Älteren“ zugeht und damit das Defizitmodell Anwendung findet. Dieses Vorgehen wurde in der Vergangenheit durch besondere tarifliche Regelungen gefördert, die eigentlich dem Schutz der älteren Beschäftigten dienen sollten, sich im Ergebnis aber nachteilig auf diese auswirkten. Dazu zählten zum Beispiel ein Gehalt, welches mit zunehmendem Alter senioritätsbedingt steigt, mehr Urlaub und auch längere Kündigungsfristen (vgl. Flüter-Hoffmann & Sporket, 2013; Lehr, 2007; Koller & Gruber, 2001; Schneider, L. 2006). Mit diesem Vorgehen vermitteln Unternehmen die Wahrnehmung, dass auf ältere Beschäftigte am ehesten zu verzichten ist (vgl. Lehr, 2007). Eine Erhebung des Mikrozensus 2009 stellt heraus, dass die Entlassung neben dem Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen eine der Hauptursachen ist, warum ältere Menschen vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter nicht mehr erwerbstätig sind. Eine Ursache dafür könnten stereotype Altersbilder sein, die sich auf die älteren Beschäftigten und ihr Leistungsverhalten und Gesundheitsempfinden auswirken (vgl. Hofecker, 1991; Pack et al., 2000).

2.4 Zusammenfassung

Der Verlauf des Alterns ist nicht exakt prognostizierbar und durch vielfältige, wechselseitige, sowohl positive als auch negative Auswirkungen bedingt. Individuelle, gesellschaftliche und betriebliche Vorstellungen über das Altern und über das eigene Leben im Alter nehmen einen wesentlichen Einfluss auf die tatsächliche kognitive und physische Leistungs- und Arbeitsfähigkeit im Alter. Jüngere, gebildete und Personen in den alten Bundesländern scheinen über ein positives Altersbild zu verfügen. In den heutigen Unternehmen scheint das Altersbild abhängig von konkreten Erfahrungen im Umgang mit Älteren zu sein. Ein signifikanter Unterschied zwischen Arbeitsfähigkeit und dem Alter ist nicht nachzuweisen. Dennoch lässt die betriebliche Praxis vermuten, dass einige Personalverantwortliche den Annahmen des Defizitmodells nach wie vor folgen.

Für die vorliegende Arbeit ergibt sich daraus die Fragestellung, inwieweit positive Altersbilder und Haltungen in gezielten Maßnahmen der Unternehmen dazu beitragen können, die Beschäftigungsfähigkeit älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu unterstützen. Ein wichtiger Teil der Beschäftigungsfähigkeit wird in der Gesundheit verortet. Deshalb ist es bedeutend, die Gesundheit als maßgebliche Ressource im Arbeitsalltag älterer Beschäftigter anhand ausgewählter Modelle zu erläutern.

3. Gesundheit als Ressource in der Arbeitswelt älterer Beschäftigter

Um sich der Forschungsfrage anzunähern, inwieweit gezielte Maßnahmen der Unternehmen einen positiven Einfluss auf Bewältigungsstrategien älterer Beschäftigter haben, ist es erforderlich, zunächst die Voraussetzungen für das Vorhandensein körperlicher und psychischer Gesundheit zu beschreiben. In der Dienstleistungsbranche stehen insbesondere psychische Anforderungen im Vordergrund. Deshalb erfolgt die Skizzierung möglicher Ursachen und Folgen psychischer Belastung auf die Gesundheit älterer Beschäftigter sowie die Darstellung der dieser Arbeit zugrundeliegenden stress- und ressourcenorientierten Ansätze. Es werden ressourcenorientierte Modelle vorgestellt, die Gesundheit als das Ergebnis eines Wechselwirkungsprozesses zwischen dem Individuum, seinen körperlichen und psychischen Ressourcen sowie den wechselnden Einflüssen des Arbeitsumfeldes betrachten. Die Selbstwirksamkeitserwartung, die in der Fragestellung dieser Arbeit eine besondere Bedeutung einnimmt, wird als wichtige personale Ressource im Berufsalltag älterer Beschäftigter vorgestellt.

3.1 Gesundheit und Alternsprozesse

3.1.1 Gesundheit als Wechselwirkungsprozess zwischen Person und Umwelt

Gesundheit wird als elementare Voraussetzung für individuelles Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit formuliert und als entscheidender Faktor für die aktive Beteiligung am Erwerbsleben erachtet (vgl. Faltermaier, 1994; Hasselhorn & Rauch, 2013). Die Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organisation*, WHO) formuliert Gesundheit als eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung, die allen Menschen auf der Welt erlaubt ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen (vgl. Bauer & Gregor, 2015; Beutel et. al., 2004; Rixgens & Badura, 2012; Sacher, 1998; Ottawa-Charta, 1986; Ulich & Wülser, 2015; WHO Regionalkomitee für Europa, 2013a).

Seit den 1970er Jahren werden verschiedene Modelle von Gesundheit aus unterschiedlichen Fachdisziplinen wie zum Beispiel der Medizin, Soziologie, Psychologie sowie der Gesundheitspsychologie diskutiert (vgl. Richter & Hurrelmann, 2011). Unterschiede finden sich insbesondere in dem Verständnis darüber, was Gesundheit erhält, schwächt und stabilisiert. Allen entsprechenden Modellen ist die Annahme gemeinsam, dass Gesundheit angenehm und wünschenswert ist (vgl. Greiner, 1998). Das traditionelle biomedizinische Modell ist eher auf die Behandlung von Krankheiten als auf den Erhalt der Gesundheit fokussiert (vgl. Franke, 2012).

Soziale und psychologische Einflüsse bleiben hier unberücksichtigt (vgl. Faltermaier, 2005; Ziegelmann, 2002).

Im Zentrum der Gesundheitspsychologie liegt der Fokus der Frage, wie sich Gesundheit entwickelt und wie sie erhalten werden kann (vgl. Antonovsky, 1997). Für das Vorhandensein von Gesundheit werden drei Komponenten berücksichtigt: Das biologische System des Organismus, das psychische System einer Person sowie die sozialen und gesellschaftlichen Umweltbedingungen (vgl. Engel, 1989; Faltermaier, 2005; Ziegelmann, 2002). Es wird angenommen, dass Lebens- und Arbeitsbedingungen, das Geschlecht, das Alter, sowie der Sozialstatus, die schulische und berufliche Bildung, die berufliche Stellung und die Einkommenssituation einer Person eine große Auswirkung auf die Gesundheit eines Menschen haben (vgl. Heß, 2015). Gesundheit kann zugleich als Voraussetzung und auch als Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen Person, Verhalten und Umwelt verstanden werden (vgl. Badura et al., 2010). Eine Person muss auf Anforderungen ihrer Umwelt reagieren und wirkt umgekehrt im Rahmen einer transaktionalen Person-Umwelt-Interaktion durch ihre Handlungen wiederum auf die Umgebung ein (vgl. Faltermaier, 1994). Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die berufliche Arbeit sowohl zum Erhalt als auch zur Beeinträchtigung der Gesundheit beitragen kann (vgl. Bamberg, 2007; Zapf, 2002). Gesundheit wird als eine Kompetenz zur aktiven Lebensbewältigung beschrieben und kann erlernt werden (vgl. Niesges et al., 2012; Seligman, 2008).

Gesundheit wird als zunehmend wichtiger Aspekt vor allem für die künftig ältere, erwerbsfähige Bevölkerung diskutiert und ihre Rolle für den Erhalt der wirtschaftlichen Stabilität der Unternehmen hervorgehoben (vgl. Hasselhorn & Rauch, 2013, S. 339). Dieser Annahme folgend beschäftigen sich die nächsten Abschnitte mit der körperlichen und psychischen Gesundheit älterer Beschäftigter sowie den Rahmenbedingungen, die insbesondere psychische Gesundheitseinschränkungen nach sich ziehen können.

3.1.2 Körperliche Gesundheit älterer Beschäftigter

Es ist davon auszugehen, dass ab dem 45. Lebensjahr zunehmend mehr Personen von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind, während gleichzeitig die Komplexität vorliegender Beeinträchtigungen wächst (vgl. Hasselhorn & Rauch, 2013). Möglicherweise bestehen Krankheiten bereits über viele Jahre, verursachen aber erst im höheren Alter stärkere Beschwerden. Auch die Folgen einer langjährigen Exposition verschiedener Risikofaktoren, wie zum Beispiel Lärm, Gifte und Rauchen können Gründe dafür darstellen (vgl. Wurm et al., 2010).

Neben diagnostizierten Erkrankungen spielt auch die selbst eingeschätzte Gesundheit eine wichtige Rolle. Studien zeigen, dass eine positive Wahrnehmung des Alters ein signifikant besseres

Gesundheitsverhalten nach sich zieht (vgl. Huy & Thiel, 2009; Lachman, 1990). Rund 75 Prozent der Erwachsenen schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein: mit fortschreitendem Alter erfolgt allerdings eine zunehmend schlechtere Einschätzung. In den letzten 20 Jahren hat sich die subjektive Gesundheit besonders bei älteren Menschen allerdings verbessert (vgl. Heß, 2015). Im Rahmen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert Koch Instituts (RKI) wurden Selbsteinschätzungen der älteren Bevölkerung erfragt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die allgemeine Gesundheit bei Frauen im Alter von 40 bis 49 Jahren und bei Männern im Alter von 50 bis 59 Jahren deutlich besser eingeschätzt wird, als noch vor zehn Jahren (vgl. Ellert & Kurth, 2013; Lampert et al., 2013; Saß et al., 2010).

In unserer älter werdenden Bevölkerung bestimmen chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes sowie verschiedene Krebserkrankungen zunehmend das Krankheitsgeschehen (vgl. Heß, 2015). Bei Krankheiten mit Todesfolge standen im Jahr 2015 die Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b). Die WHO benennt vier führende Risikofaktoren für die Kranklast: Tabakgebrauch, Alkoholmissbrauch, Inaktivität und ungesunde Ernährung (vgl. WHO Regionalkomitee für Europa, 2013a).

Die häufigsten Hauptdiagnosen von Patientinnen und Patienten in Rehabilitationseinrichtungen stellten im Jahr 2016 die Arthrose des Knie- und Hüftgelenks bei Frauen und die chronische ischämische Herzkrankheit bei Männern dar (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 7). Dass die Prävalenz für Arthrose/Arthritis und Hypertonie bei Älteren deutlich höher ist als bei Jüngeren bestätigt auch die prospektive Kohortenstudie LidA (Leben in der Arbeit), die den Zusammenhang zwischen Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei den Geburtsjahrgängen 1959 und 1965 untersuchte (vgl. Powietzka et al., 2016).

Den sechsten und siebten Platz der häufigsten Hauptdiagnosen eines Reha-Aufenthalts stellten im Jahr 2016 die psychischen Störungen dar (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b). Die Studie „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts (2015) zeigte auf, dass psychische Störungen der häufigste Grund für gesundheitlich bedingte Frühberentungen waren (vgl. Heß, 2015, S. 140).

3.1.3 Psychische Gesundheit und Belastungen älterer Beschäftigter

Die WHO sieht in einer guten psychischen Gesundheit einen hohen gesellschaftlichen Wert und eine essentielle Voraussetzung von Gesundheit (vgl. WHO, 2006). Auf das Individuum bezogen kann unter „psychischer Gesundheit“ die Fähigkeit einer Person verstanden werden, sich konstruktiv mit gesellschaftlichen Kontexten und Herausforderungen auseinandersetzen zu können und im Leben auch eigene Wünsche, Bedürfnisse und Hoffnungen zu verwirklichen (vgl. Paulus, 2006).

Liegt psychische Gesundheit nicht vor, so wird von psychischen Erkrankungen oder psychischen Störungen gesprochen, die ein breites Spektrum von Problemen mit unterschiedlichen Symptomen umspannen (vgl. WHO Regionalkomitee für Europa, 2013b). Zwischen psychischen Störungen und (chronischen) körperlichen Erkrankungen werden Wechselwirkungen vermutet (vgl. Prütz et al., 2014).

Psychische Störungen gelten zunehmend als Prädiktor für Arbeitsunfähigkeit, Berentungen und Einschränkungen in der individuellen Lebensführung. Vor diesem Hintergrund erhält das Thema der psychischen Gesundheit zunehmend an Bedeutung. Die häufigste psychische Störung ist die Depression, gefolgt von Angsterkrankungen, Alkoholismus und Demenz (vgl. Cless & Matura, 2017). Auf der Bevölkerungsebene ist zwar kein Anstieg der Prävalenz von häufigen Diagnosen zu beobachten, die Zahl der Fehltage und Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen haben in den letzten 20 Jahren allerdings deutlich zugenommen (vgl. Heß, 2015; Bundestherapeutenkammer 2012, 2013). Wohlbefinden wird als wichtiger Bestandteil der Gesundheit verstanden. Psychisches oder subjektives Wohlbefinden liegt vor, wenn angenehme Gefühle häufig erlebt werden und die Bewertung des eigenen Lebens und einzelner Lebensbereiche mit hoher Zufriedenheit beschrieben wird (vgl. Eid & Diener, 2002).

Als wichtiger Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten werden Arbeitsbelastungen mit gesundheitsschädigendem Potenzial beschrieben. Gesundheitliche Beanspruchungen resultieren aus körperlichen, geistigen und sozialen Belastungen durch die berufliche Tätigkeit oder die Arbeitsorganisation des Unternehmens (vgl. Ahlers, 2003; Heß, 2015). Es wird vermutet, dass die moderne Arbeitswelt Belastungsfaktoren mit sich bringt, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken (vgl. Bonde, 2008; Netterstrom et al, 2008; Niesges et al; 2012; Rigotti & Mohr, 2008; Siegrist et al., 2012). Bestehen diese Belastungen über einen längeren Zeitraum, wird im Bereich des Arbeitsschutzes von psychischen Belastungsfaktoren gesprochen. Der Begriff psychische Belastung wird hier im Sinne der (Arbeits-)Anforderung neutral verwendet und beschreibt die Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel die Inhalte der Aufgabe, die Arbeitsumgebung sowie die Arbeitsorganisation. Die Definition laut DIN EN ISO 10075-1 lautet: „Psychische Belastung ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.“ (Riechert, 2015, S. 24). Erlebte Arbeitsplatzunsicherheit, nicht selbst beeinflussbare Arbeitspensen, hoher Arbeitseinsatz ohne Anerkennung, emotionale Überforderung, Konflikte und Mangel an sozialer Unterstützung bei der Arbeit scheinen sich als mögliche Risikofaktoren herauszukristallisieren (vgl. Thielen & Kroll, 2013, S. 359). Exemplarisch werden drei ausgewählte Studien beschrieben, die dem Zusammenhang von Belastungen am Arbeitsplatz und der psychischen Gesundheit älterer Beschäftigter nachgehen.

2008 untersuchten Zoer et al. (2011) einen möglichen Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und psychischer Gesundheit im Rahmen einer Befragung von Beschäftigten einer niederländischen Eisenbahngesellschaft. Das Ergebnis zeigte, dass psychische Beschwerden bei den untersuchten älteren Beschäftigten insbesondere durch fehlende soziale Unterstützung auftraten. Es wurden sechs Aspekte der psychosozialen Arbeitsbelastung (Arbeitsdruck, psychische Arbeitsbelastung, emotionale Arbeitsbelastung, Autonomie, soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte) und drei Aspekte der psychischen Gesundheit (arbeitsbedingte Müdigkeit, Stress und Burnout) bewertet (vgl. ebenda, 2011).

Das Robert Koch Institut fügte 1998 und 2014 im Rahmen der repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland ein Zusatzsurvey „Psychische Gesundheit“ hinzu. In dieser Studie wurden in Privathaushalten lebende Erwachsene telefonisch zu gesundheitsrelevanten Themen befragt. Berücksichtigt werden konnten fast 15.000 Angaben von erwerbstätigen und nichterwerbstätigen Personen zwischen 18 und 64 Jahren. Das Ergebnis zeigte eine hohe 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen bei der erwachsenen Bevölkerung (1998 = 31,1 Prozent; 2014 = 27,7 Prozent). Als Indikator für psychisches Wohlbefinden wurden fünf Fragen des „*Mental Health Inventory*“ (MHI-5) verwendet (vgl. Jacobi al., 2014). Die 45 bis 54-jährigen Männer verfügten über das bei allen Alters- und Berufsgruppen schlechteste Wohlbefinden. Frauen dagegen hatten mit höherem Alter in Berufen mit geringerem Qualifizierungsgrad ein schlechteres psychisches Wohlbefinden insbesondere, wenn sie in Dienstleistungs- und manuellen Berufen tätig waren (vgl. Thielen & Kroll, 2013).

In der Studie von Badura et al. (2013) wurden Beschäftigte aus neun Produktions- und drei Dienstleistungsunternehmen schriftlich zu ihrem psychischen Wohlbefinden befragt. Rund 3300 Antworten konnten in der Auswertung berücksichtigt werden. Die Beschäftigten wurden anhand ausgewählter Gesundheitsvariablen zu drei „Clustern“ des psychischen Wohlbefindens zusammengefasst. Die empirischen Befunde zeigten im Hinblick auf das Alter keine signifikanten Unterschiede zwischen den Clustern allerdings war jeder vierte Dienstleistungsbeschäftigte von starken depressiven Verstimmungen und instabiler psychischer Befindlichkeit betroffen. Signifikant zeigten sich psychische Belastungen bei Frauen in nicht leitender Funktion der Dienstleistungsunternehmen (vgl. ebenda, 2013).

Mit Blick auf die psychische Gesundheit älterer Beschäftigter lassen die Ergebnisse keine Unterschiede zu anderen Altersstufen vermuten (vgl. Carstensen & Lang, 2007). Psychische Erkrankungen nehmen sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Beschäftigten zu (vgl. Bundestherapeutenkammer, 2011). Allerdings scheint fehlende soziale Unterstützung eher bei älteren Beschäftigten eine Form der Belastung darzustellen (vgl. Zoer et al.; 2011). Empirische

Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich Tätigkeiten in Dienstleistungsunternehmen belastend auf die Beschäftigten auswirken könnten (vgl. Badura et al., 2013; Thielen & Kroll, 2013).

Auf Grundlage der Forschungsfrage im Hinblick auf die Bewältigungsstrategien älterer Beschäftigter erfolgt im nächsten Abschnitt die Darstellung von Stress- und Bewältigungstheorien und anschließend die Skizzierung der Befunde ressourcentheoretischer Ansätze im Zusammenhang von arbeitsbedingtem Stress, unabhängig vom Alter. Diese Darstellung dient als wichtige Voraussetzung, um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Unternehmen skizzieren zu können.

3.2 Belastungen, Stress und Stressbewältigung in der Arbeitswelt

3.2.1 Stress und Stressoren in der Arbeitswelt

Die Belastungen und gesundheitlichen Risiken für die Beschäftigten haben sich in der modernen Arbeitswelt grundlegend verändert (vgl. Riedel-Heller et al., 2013). Die physischen Gefahren in der klassischen Produktion und den damit verbundenen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten haben sich verringert und Stress und psychische Belastungen haben zugenommen (vgl. Badura et al., 2010; Bamberg, 2007; Kämpf, 2014). In der arbeitspsychologischen Forschung geht es im Wesentlichen darum, Arbeitsbedingungen zu eruieren, die in kausalem Zusammenhang mit individuellen Merkmalen von Beschäftigten dazu führen können, dass Belastungsreaktionen auftreten (vgl. Udris, 1981). In diesem Zusammenhang werden definierte Wirkungen der Arbeit, also die Belastungen, Beanspruchungen und Stress untersucht. Die Stressforschung zeigt deutlich, dass sowohl punktuelle Herausforderungen, regelmäßig wiederkehrende Probleme als auch kritische Ereignisse im (Berufs-) Leben von Individuen belastend sein können (vgl. Bamberg & Busch, 2006; Hurrelmann & Richter, 2013; Lin et al., 2010). Stressoren stellen hypothetische Faktoren dar, die bei Individuen mit hoher Wahrscheinlichkeit Stress auslösen (vgl. Greif, 1991). Franzkowiak & Franke (2011) haben Gruppen von negativen Stressoren zusammengefasst, die als mögliche Belastungen auf Individuen einwirken können (siehe Tabelle 3, folgende Seite).

Belastung und Beanspruchung sind Begriffe die in den 1940er Jahren in die Arbeitswissenschaft übernommen wurden (vgl. Greif, 1991). Rohmert und Rutenfranz (1975) definieren Belastungen als objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren. Die Auswirkungen von Belastungen auf den Menschen, die bedingt durch diverse Eigenschaften und Fähigkeiten unterschiedlich sind, werden als Beanspruchung bezeichnet. Es ist davon auszugehen, dass verschiedene Belastungen zu kurz- und langfristigen positiven oder negativen Beanspruchungsfolgen führen können (vgl. Semmer & Dunckel, 1991; Nachreiner & Schütte, 2005).

Tabelle 3: Gruppen negativer Stressoren (Franzkowiak & Franke, 2011, S. 546).

Gruppe negativer Stressoren	Mögliche Reaktionen
Alltagsbelastungen und physikalisch-sensorische Stressoren	Hetze, zeitlicher Druck, Lärm, Reiz- oder Schlafentzug
Leistungen und soziale Stressoren	Über- und Unterforderung, Konkurrenz, Isolation, zwischenmenschliche Konflikte
Körperliche Stressoren	Verletzung, Schmerz, Hunger, starke Funktionseinschränkungen
Belastende und kritische Lebensereignisse	Verlust von Bezugspersonen, von wichtigen Rollen und dem Arbeitsplatz, plötzliche Einschränkungen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit
Chronische Spannungen und Belastungen	Dauerhafte „kleine“ Alltagsprobleme („daily hassles“), Rollenkonflikte in Beruf und Familie, dauerhafte Arbeitsüberlastungen, lang andauernde Krankheiten
Kritische Übergänge im Lebenslauf	Adoleszenz und junges Erwachsenenalter, Pubertät, Klimakterium, Andropause, Berufseinstiege- oder ausstiege, Übergang ins Rentendasein, „Empty-Nest-Syndrom“

Psychische Belastung wird nach der internationalen Normreihe DIN EN ISO 10075 als die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse betrachtet, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken. Psychische Beanspruchung wird als eine unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung psychischer Belastung bei einer Person verstanden. Psychische Beanspruchung hängt von den ganz persönlichen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen und Bewältigungsstrategien ab, über die eine Person verfügt oder die sie sich angeeignet hat (vgl. Ulich & Wülser, 2015, S. 58). Die englischsprachige Version der Norm bezeichnet „stress“ eher als Belastung, „stress response“ als Beanspruchungsfolge (vgl. Nachreiner, 2002).

Belastungs- und Beanspruchungs-Konzepte beschäftigen sich im Wesentlichen damit, welche Belastungen aus den Anforderungen der Arbeitsinhalte und -bedingungen resultieren, welche Belastungen eher gesundheitshinderlich und welche eher gesundheitsförderlich wirken (vgl. Bamberg, 2007). Arbeitsbelastungen führen nicht bei allen Beschäftigten gleichermaßen zu Beeinträchtigungen. Eine Quelle von Ressourcen, aber auch von Belastungen können Kontroll- und Tätigkeitspielräume, sowie soziale Beziehungen zum Beispiel zu Kollegen, Führungskräften und Kunden sein (vgl. Bamberg, 2007; Greif, 1991; Rowold & Heinitz, 2008). Unter psychosozialen Belastungen werden chronische, über viele Jahre in der alltäglichen Arbeit erfahrene psychomente Anforderungen verstanden, die durch die eigentlich ausgeübte Tätigkeit selbst, die sozialen Beziehungen innerhalb des Arbeitskontextes oder auch durch die arbeitsvertraglichen Rahmenbedingungen begründet sein können. Psychosoziale Belastungen erzeugen Stressreaktionen und damit verbunden negative Gefühle im Organismus bei den Betroffenen (vgl. Becker, 1997; Bamberg & Vahle-Hinz, 2014; Siegrist et al., 2012).

Die Begriffe Belastung und Beanspruchung werden häufig mit „*stress*“ und „*strain*“ übersetzt. Konzepte der Belastung konzentrieren sich auf die Arbeitsaufgabe und die damit verbundenen Interaktionen, während stresstheoretische Modelle die „Mensch-Umwelt-Interaktion“ einbinden (vgl. Bamberg, 2007). Ob ein Reiz ein Stressor ist, lässt sich also immer erst an dessen Wirkung erkennen und nicht vorhersagen. Stress bezeichnet einen Zustand des Ungleichgewichts (vgl. Franzkowiak & Franke, 2011). Je nach wissenschaftlicher Disziplin und dem damit verbundenen Verständnis der Wechselwirkung zwischen Individuen und Umwelt, unterscheiden sich Stresskonzepte (vgl. Scheuch & Schröder, 1990).

Während biologisch ausgerichtete Konzepte die Analyse von physiologischem Stress darstellen (vgl. Selye, 1979), beschäftigt sich die psychologische Stressforschung mit der Frage, welche potenziellen Stressoren von Individuen wie verarbeitet werden. Diese Konzepte beleuchten insbesondere die Relevanz der psychischen Verarbeitung von Stressoren (vgl. Rieder, 1999). Wichtige Konsequenzen der Stressforschung machen sich in der Einführung stressvorbeugender Maßnahmen innerhalb von Unternehmen, sowohl auf der Ebene der Beschäftigten als auch im Rahmen arbeitsorganisatorischer Arbeitsabläufe und -bedingungen bemerkbar (Bamberg, 2007).

Aktuelle arbeitspsychologische Stressmodelle basieren häufig auf kognitiv-transaktionalen Konzepten. Diese stellen die Bezüge zwischen Individuum und Umwelt in den Vordergrund (vgl. Lazarus & Folkman, 1984). Stress ist durch die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt gekennzeichnet. Menschen erleben die situative Belastung durch ein kritisches Ereignis, das es zu bewältigen gilt (vgl. Bamberg, 2007). Hierbei zeichnen sich Stresssituationen durch komplexe und dynamische Interaktions- und Transaktionsprozesse zwischen Person und Umwelt aus (vgl. Richter, 2000). An diesem Verständnis von Stress, in dem Bewertungs- und Bewältigungsprozesse (*Coping*) eine zentrale Bedeutung haben, orientiert sich diese Arbeit. Das entsprechende maßgebliche Konstrukt wird im Folgenden näher beschrieben.

3.2.2 Transaktionales Stressmodell und *Coping*

In der Literatur scheint Einigkeit darüber zu bestehen, dass von dem Bedingungsgefüge, mit dem Lazarus (1981) das komplexe Phänomen Stress erklärte, ein bedeutender Impuls in nahezu alle interdisziplinären Belastungs- und Beanspruchungsforschungen ausging (vgl. Jerusalem, 1990; Lyon, 2005; Scheuch & Schröder, 1990). Das transaktionale Stressmodell von Lazarus (1981) beschreibt die Entstehung von psychischem Stress insbesondere dadurch, wie die Ereignisse von Personen bewertet werden. Transaktion wird als eine dynamische und komplexe Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt betrachtet. Diese Interaktion kann sich ständig gegenseitig beeinflussen und verändern (vgl. Faltermaier, 2005). In dem transaktionalen Stressmodell werden Bewertungs- und Bewältigungsprozesse umfangreich beschrieben (vgl. Lazarus & Folkman, 1984).

Wenn eine Person einer Situation begegnet, die sie als herausfordernd wahrnimmt oder von der sie nicht direkt weiß, wie sie damit umgehen soll, kann diese Situation einen Stressor darstellen. Die Stressverarbeitung wird als Prozess von zwei Phasen beschrieben, der aus sich ständig verändernden Beurteilungen über die Bedeutung eines laufenden Geschehens für das Wohlbefinden einer Person besteht: die Wahrnehmung und Bewertung in Form von primären und sekundären Bewertungsprozessen (*Appraisal*) sowie die Phase des Umgangs mit dem als Stressor wahrgenommenen Reiz, der Bewältigung (*Coping*) (vgl. Lazarus & Launier, 1981; Lazarus, 2005).

Kognitive Bewertung

Der Prozess der primären Bewertung (*primary appraisal*) ist dann von Bedeutung, wenn das Geschehen für die Wertvorstellungen, Zielverpflichtungen und Überzeugungen einer Person im Hinblick auf sich selbst oder für ihre situationsbezogenen Absichten relevant ist und wenn ja, in welcher Weise und in welchem Umfang. Üblicherweise sind Bewertungen von zahlreichen subtilen Hinweisen aus der Umwelt, von Vorerfahrungen und einer Reihe personenbezogener Variablen abhängig, zum Beispiel von Zielen, situationsbezogenen Absichten, persönlichen Ressourcen und Verpflichtungen. Steht nicht viel auf dem Spiel, dann werden auch keine Emotionen ausgelöst und es entsteht kein Stress (vgl. Lazarus, 2005). Dabei wird geprüft, ob überhaupt Aufmerksamkeit erforderlich ist und ob Maßnahmen ergriffen werden sollten.

Liegt eine stressende Bewertung, werden drei Auffassungsmöglichkeiten relevant: Die Situation führt möglicherweise zu Schädigung oder Verlust (Bedrohungsbewertung/*threat*), eine konkrete Schädigung/ein Verlust sind bereits eingetreten (Schädigungsbewertung/*harm/loss*) oder die Situation birgt eine Art von Gewinn oder Nutzen (Herausforderungsbewertung/*challenge*). Dabei gilt die Herausforderung ohne Schädigungsgefahr nicht als Stressbewertung (vgl. Lazarus & Launier, 1981). Diese Herausforderungsbewertung ist dem von Selye (1979) beschriebenen Phänomen des Eustresses ähnlich (vgl. Lazarus, 2005, S. 239).

Sind die Relevanz und die mögliche Konsequenz des Reizes für die Person geklärt, kommt es nun zu einer Abschätzung der vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten und -fähigkeiten im Rahmen der sekundären Bewertung (*secondary appraisal*). Dieser Prozess folgt nicht notwendigerweise der primären Bewertung, sondern die beiden Prozesse können sich auch zeitlich überlappen. Die beiden Bewertungsformen bedingen sich gegenseitig und stehen in enger Wechselwirkung zueinander (vgl. Lazarus, 2005). Hierbei ist die sekundäre Bewertung für die Gestaltung der Bewältigungsmaßnahmen und für die Ausformung der primären Bewertungsprozesse bedeutsam. Die Entscheidungen sind nie gleich, sondern werden immer wieder neu entschieden und erlernt (vgl. Lazarus & Launier, 1981).

Im Rahmen der sekundären Bewertung ist subjektiv wahrgenommene Selbstwirksamkeit von großer Bedeutung, da sie in dieser Phase die Auswahl von Situationen beeinflusst (vgl. Schwarzer, 2000). So kann zum Beispiel ein zunächst als ein mit drohendem Verlust eingeschätzter Stressor als interessante Herausforderung definiert werden. Bedrohung und Herausforderung sind keine konstanten psychischen Zustände, sondern können im Zuge des Bewertens und Neubewertens von einer Bedrohung in eine Herausforderung oder auch umgekehrt gewandelt werden (vgl. Lyon, 2005).

Stressbewältigung/Coping

Die individuellen Bemühungen mit Stress umzugehen um die von ihm ausgehende Bedrohung oder den antizipierten Schaden zu minimieren, wird als *Coping* bezeichnet (vgl. Hurrelmann & Richter, 2013). Die effektivste Form der Stressbewältigung eines Individuums muss sehr flexibel sein und kann weniger als ein Zustand oder ein Ergebnis, sondern vielmehr als ein Zustand aktiver Leistungen des Individuums innerhalb eines ständig fortschreitenden Prozesses betrachtet werden (vgl. Lazarus, 1981; Lazarus & Folkman, 1988). Bei *Coping* handelt sich damit nicht um ein automatisches Anpassungsverhalten, das bereits erlernt ist, sondern das immer wieder neu definiert wird. Die Handhabung des Bewältigungsverhaltens kann auch darin bestehen, dass die Auswirkungen einer belastenden Situation verniedlicht, toleriert, verändert, akzeptiert oder gemieden werden (vgl. Lyon, 2005).

Im *Coping* werden zwei Formen der Anstrengung unterschieden. Das instrumentelle *Coping* zielt auf eine Veränderung der Situation ab. Diese Strategie ist eine weitestgehend bewusste, überlegte Strategie und kann sich zum Beispiel im Einholen von Informationen, Alternativlösungen oder sozialer Unterstützung darstellen. Die zweite Anstrengung ist das emotionsbezogene *Coping*, das eine Veränderung der Gefühle und Gedanken beinhaltet und weitestgehend unbewusst und automatisch verläuft. Mögliche Strategien sind hier zum Beispiel kognitives Umstrukturieren, Vermeidung oder innerliches Distanzieren. Der Sachverhalt wird nicht verändert aber das belastende Ereignis anders konstruiert und bewertet (z.B. „Es hätte schlimmer werden können“). Diese Strategie wird gewählt, wenn eine Situation durch eine Person selbst nicht verändert werden kann (vgl. Lyon, 2005).

Beide Strategien helfen Personen mit belastenden Erlebnissen oder beunruhigenden internen oder externen Anforderungen zurechtzukommen und sind damit für die Stressbewältigung gleichwohl hilfreich (vgl. Lazarus, 2005). Es ist davon auszugehen, dass Individuen erlebten Stress dann erfolgreich bewältigen können, wenn sie über eine Reihe von *Coping*strategien verfügen und diese auch situationsgerecht anwenden können (vgl. Franzkowiak & Franke, 2011). Lazarus (2005) beschreibt, dass Menschen den meisten Szenarien, die zu Emotionen führen, mehrmals

gegenüberstehen. Für diese unbewussten Bewertungsprozesse verwendet er die Metapher des „Kurzschließens der Bedrohung“. Aufgrund der Erfahrung können ältere Menschen schnell und automatisch auf eine Krise reagieren, ohne sich bei dem ablaufenden Prozess dessen bewusst zu sein (vgl. Lazarus, 2005, S. 246).

Stressbewältigung scheint im Rahmen eines Wechselspiels von (negativen) Belastungen, empfundener Intensität, individueller Einschätzung vorhandener Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen eines Menschen zu erfolgen. Voraussetzungen in diesem interaktiven Prozess sind die jeweilige Lebenslage und die persönliche Lebensweise einer Person (vgl. Franzkowiak & Franke, 2011). Strukturelle Maßnahmen eines Unternehmens als ergänzende externe Ressource scheinen von Bedeutung zu sein um gesunde Bewältigungsstrategien zu ermöglichen oder zu entwickeln (vgl. Broda, 1993). Stressoren wirken auf Personen ein und können mit Hilfe von *Coping*strategien oder persönlichen Ressourcen erfolgreich bewältigt werden. Bei erfolgreicher Bewältigung bleibt die Gesundheit erhalten oder wird wiederhergestellt. Es konnte gezeigt werden, dass eine hohe Ressourcenausprägung bei einer Person mit einem geringeren Stressempfinden einhergeht (vgl. Antonovsky, 1997). Gesundheit und Stressbewältigung kann als lebenslanger Entwicklungsprozess einer Person in ihrem jeweiligen Lebenskontext gewertet werden. Sie ist dynamisch und bezieht sich sowohl auf eine Person, als auch auf die Umwelt, die sie umgibt. Damit scheinen Stressbewältigungsmaßnahmen, die nur auf das Individuum oder nur auf die Umwelt abzielen vermutlich wenig Erfolg versprechend. Im Gegensatz zur Belastungs- und Stressforschung, bei der krankmachende Bedingungen im Mittelpunkt stehen, geht es bei ressourcenorientierten Ansätzen darum, gesundheitsschützende Faktoren zu eruieren (vgl. Bamberg et al., 2003). In der Gesundheitspsychologie werden verschiedene ressourcenorientierte Ansätze diskutiert.

Im Folgenden werden zwei Modelle skizziert, die dem Gesundheitsverständnis im Rahmen eines wechselseitigen Verständnisses von Gesundheit als Ressource und den Anforderungen der Arbeitswelt weiter aufgreifen und einen wichtigen Beitrag für die weitere Bearbeitung der Forschungsfrage leisten.

3.3 Ressourcen

3.3.1 Das Modell der Salutogenese

Der Stressbewältigungsprozess stellt eine zentrale Bedeutung in der Salutogenese dar. Gesundheit wird als Produkt eines Vermittlungsprozesses zwischen möglichen Stressoren und unterstützenden Mechanismen betrachtet (vgl. Freitag, 1998). Eine Person ist bemüht, psychische und körperliche Spannungszustände zu bewältigen. Ist die Bewältigung erfolgreich, bewegt sich die Person auf dem Gesundheitskontinuum in die positive Richtung. Ist dies nicht der Fall, dann reagiert das Individuum

um mit körperlichem und psychischem Stress und bewegt sich auf dem Kontinuum in die negative Richtung (vgl. Blättner, 2007; Faltermaier, 2005). Grundannahme des Modells der Salutogenese von Antonovsky (1997) ist, dass Gesundheit und Krankheit zeitlich koexistent auftreten können und sich nicht gegenseitig ausschließen. So befinden sich Personen irgendwo auf einem Kontinuum zwischen maximaler und minimaler Gesundheit und Krankheit (vgl. Bengel et al., 2001). Der Übergang zwischen den beiden Polen wird als breit und fließend beschrieben und beschäftigt sich eher mit der Frage, wie nah an gesund oder krank eine Person ist (vgl. Cless & Matura, 2017).

Der Fokus des Modells liegt auf der Suche nach Ressourcen eines Menschen um Gesundheit zu erhalten und nicht nur um die Quellen der Krankheit zu erforschen (vgl. Antonovsky, 1997). Der Ansatz betrachtet hilfreiche Ressourcen, die den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger machen (vgl. Schumacher et al., 2000). Elementare Kernstücke der Salutogenese stellen die allgemeinen Widerstandsressourcen (*generalized resistance resources*) sowie das Kohärenzgefühl (*Sense of Coherence* - SoC) dar, mit der ein Individuum Spannungen wirksam bewältigen kann. Das Kohärenzgefühl wird von Antonovsky (1997) als eine dispositionale Haltung verstanden (vgl. Horsburgh, 2005). Seine Ausprägung beeinflusst die Art der Lebenserfahrung und führt wiederum dazu, dass die Grundhaltung stabil bleibt. Das Kohärenzgefühl wird als zentrale Ressource für die Bewältigung von Stress verstanden (vgl. Bengel et al., 2001, S. 29).

Aus Interviewdaten wurden drei Faktoren gefiltert, die gesundheitliche Belastungen zu mildern scheinen. Antonovsky (1997) beschreibt diese als:

1. die Verstehbarkeit von Belastungen, die einer Person im Laufe eines Lebens vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit) und
2. das Wissen um die Möglichkeit und das Vorhandensein von Ressourcen, diese Belastungen bewältigen zu können (Handhabbarkeit) und
3. dass diese Anforderungen von einer Person als herausfordernd und lohnenswert betrachtet werden (Bedeutsamkeit) (vgl. Franke, 2012, S. 175).

Diese drei Komponenten sorgen als Ressourcen bei einer Person für Vertrauen in sich selbst und gleichzeitig immunisieren sie Menschen gegen Stress. Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl scheinen *Coping*stile auszuwählen, die sich für eine bestimmte Stresssituation als die geeignetsten erweisen. Ihnen scheint es zu gelingen, Situationen oder Reize neutral zu betrachten und in der zweiten Bewertung adäquat zu handeln (vgl. Antonovsky, 1997; Franke, 2012).

Das Konzept der Salutogenese stimmt mit dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus (2005) in der individuellen Bewertung einer Situation und der Wahl einer individuellen Bewältigungsstrategie überein. Personen mit einem starken Kohärenzsinn werden von Antonovsky als gesünder

beschrieben (vgl. Schwarzer, 1996; Schneider, W. 2006). Auch wenn sich die zu der empirischen Überprüfung entwickelte SOC, im Hinblick auf die abgeleiteten Subskalen (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) nicht in befriedigender Weise faktorenanalytisch reproduzieren ließen, wurde das Konzept in zahlreichen empirischen Studien eingesetzt und hat die Forschung zu den Ressourcen in der Gesundheitsförderung maßgeblich beeinflusst (vgl. Schumacher et al., 2000). Im Rahmen dieser Arbeit ist dieses Verständnis von Gesundheit eine wesentliche Grundannahme für das Bewältigungsverhalten der älteren Beschäftigten und auch bedeutsam für die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Unternehmen.

3.3.2 Das Anforderungs- und Ressourcenmodell

Einen noch stärkeren, wechselseitigen Fokus von internen zu externen Ressourcen beschreibt das Systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell). Im Rahmen des SAR-Modells werden Gesundheit und Krankheit als das Resultat von Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen einer Person und ihrer Umwelt verstanden (vgl. Becker, 1997; Becker et al., 2004). Gesundheit und Krankheit werden auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus der systemischen Perspektive konzipiert (vgl. Becker & Jansen, 2006; Blümel, 2015). Gesundheit wird nach Becker (1997) als die Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen aufgefasst. Als Anforderungen werden die Bedingungen verstanden, mit denen sich eine Person auseinandersetzen muss (vgl. Blümel, 2015). Unter externen Anforderungen sind primär soziale, arbeitsbezogene und biologische Anforderungen zu verstehen. Um diese zu bewältigen, werden interne und externe, psychische und physische Ressourcen genutzt (vgl. Becker & Jansen, 2006). Interne Anforderungen entstehen aus Bedürfnissen, Zielen, Werten und Normen. Anforderungen werden in Relation zu den vorhandenen Ressourcen gesetzt (siehe Abbildung 15, folgende Seite).

Es ist möglich, dass sehr hohe, aber auch zu geringe Anforderungen als belastend erlebt werden und negative Emotionen und damit verbundene physiologische Reaktionen auslösen (vgl. Blümel, 2015). Ressourcen stellen zahlreiche Komponenten dar, die sich sowohl auf das Individuum selbst, auf seine Umgebung und auf die Interaktion mit dieser beziehen (vgl. Freitag, 1998). Interne Ressourcen werden dabei als die einer Person zur Verfügung stehenden psychischen und physischen Mittel formuliert. Die psychophysischen Merkmale des Individuums bestehen aus den psychischen Handlungsmitteln bzw. Eigenschaften, zum Beispiel Fähigkeiten, Überzeugungen der eigenen Handlungsfähigkeit (Selbstwirksamkeitsüberzeugungen) und den physischen Voraussetzungen, wie zum Beispiel Körpermerkmale, Belastbarkeit, Fitness. Externe Ressourcen werden als solche aus der Umwelt, insbesondere soziale, gesellschaftliche, materielle und berufliche Ressourcen verstanden (vgl. Blümel, 2015).

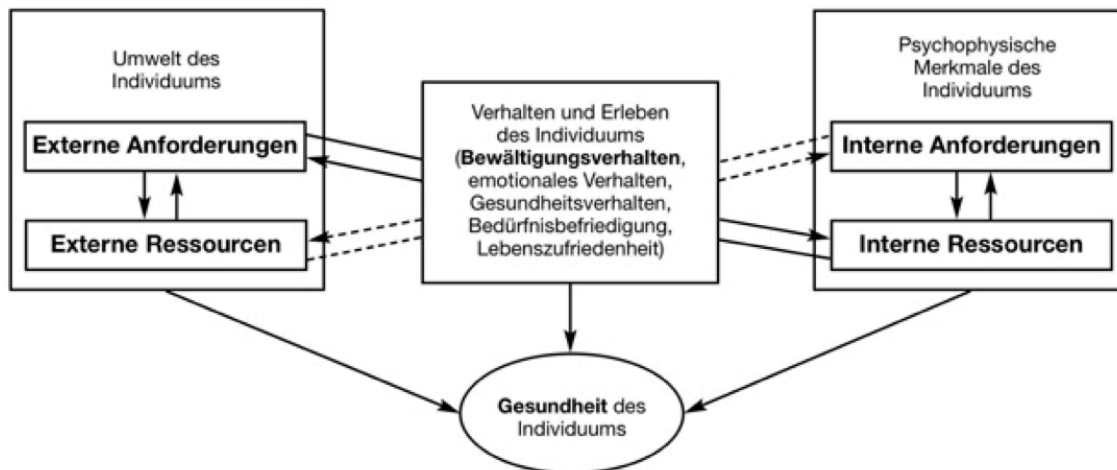


Abb. 15: Bedingungsmodell für die Gesundheit des Individuums (Blümel, 2015, S. 2).

Das SAR-Modell beschreibt das Bewältigungsverhalten einer Person als den wichtigsten Teil der individuellen Gesundheit. Es wird geprägt durch das Zusammenspiel der internen und externen Ressourcen und der internen und externen Anforderungen, das maßgeblich die individuelle Gesundheit prägt (vgl. Niesges et al., 2012; Weinert, 2015). Daraus begründet sich, dass dieses Modell eine wesentliche Basis für das systemische Verständnis der vorliegenden Arbeit im Hinblick auf das Zusammenwirken von internen und externen Ressourcen bei älteren Beschäftigten in Dienstleistungsunternehmen darstellt. Im Folgenden wird die Selbstwirksamkeitserwartung als eine wichtige interne Ressource in den Fokus gerückt.

3.3.3 Selbstwirksamkeitserwartungen als interne Ressource im Berufsalltag

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung nimmt in der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1976, 1997) eine herausragende Rolle ein. Die sozial-kognitive Lerntheorie untersucht Fragestellungen im Bereich des menschlichen Handelns und hat sich aus der Tradition der behavioristischen Lerntheorien zu einer umfassenden sozialpsychologischen Konzeption weiterentwickelt (vgl. Fuchs, 2005). Bandura sieht menschliches Verhalten im Gegensatz zu klassischen behavioristischen Ansätzen als ständige Wechselwirkung zwischen kognitiven- und Verhaltensdeterminanten einer Person sowie den Determinanten der Umwelt (vgl. Abele et al., 2000; Mielke, 1984). Sowohl Emotionen als auch Gedanken steuern die Verhaltensweisen von Personen. Banduras zentrale Annahme ist, dass eine Person weder ohnmächtig verschiedenen Umweltbedingungen ausgesetzt ist, noch dass die Umwelt von einer Person kontrolliert werden kann (vgl. Bandura, 1979).

Selbstwirksamkeitserwartung stellt die subjektive Gewissheit einer Person dar, eine neue Aufgabe auch dann erfolgreich bearbeiten zu können, wenn sie sich als schwierig erweist oder mit Widerständen verbunden ist und gleichzeitig die Überzeugung, die dafür notwendigen

Kompetenzen auch zu besitzen (vgl. Bandura, 1995). Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten, die *Self-Efficacy Beliefs*, stellt eine Schlüsselrolle dar und beeinflusst menschliches Tun im Zusammenspiel mit menschlichen Emotionen: „Efficacy beliefs influence how people think, feel, motivate themselves, and act.“ (ebenda, 1995, S.2). Das Konzept hebt die Trennung des Wissens, was zu tun ist von der Überzeugung, über die erforderlichen Kompetenzen zu verfügen hervor und betont, dass Menschen ihre eigene Lebensführung und auch ihre Umwelt aktiv durch Selbstwirksamkeitserwartungen verändern können. Selbstwirksamkeitserwartungen stellen die subjektive Einschätzung persönlicher Fähigkeiten dar, bestimmte Aufgaben oder ein Verhalten erfolgreich bewältigen zu können und sie entscheiden, ob eine Person eine Handlung vollzieht, wie viel Mühe und Anstrengung sie investiert und wie lange sie das Verhalten aufrechterhält, wenn Schwierigkeiten auftauchen (vgl. Brown & Brooks, 1994; Schwarzer & Jerusalem, 2002). Diese Einschätzung kann im Rahmen von drei Dimensionen variieren:

1. Die Ausprägung oder die Höhe („*level*“) der Selbstwirksamkeitserwartung. Sie bezieht sich auf die empfundene Schwierigkeit einer Aufgabe. Bei leichten Aufgaben schätzen Personen ihre Fähigkeiten meist hoch ein. Werden Aufgaben schwieriger oder treten Widerstände auf, so variiert die Höhe der Selbstwirksamkeitserwartungen.
2. Die Stärke („*strength*“) der Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die Resistenz im Fall von möglichen Misserfolgen. Starke Selbstwirksamkeitserwartungen nehmen bei Misserfolgen weniger ab.
3. Die allgemeine Übertragbarkeit („*generality*“) bezieht sich darauf, dass sich Personen bei bestimmten Aufgaben oder über verschiedene Lebensbereiche hinweg als selbstwirksam wahrnehmen können (vgl. Siela & Wieseke, 2005, S. 553).

Durch positive Selbstwirksamkeitserwartungen werden alltägliche und auch berufliche Herausforderungen mit optimistischer Einstellung gemeistert, während bei negativen Selbstwirksamkeitserwartungen eine pessimistische Einstellung und ein negatives Selbstbild dominieren (vgl. Geist, 2013; Ulich & Wülser, 2015). Niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen können dazu führen, dass Personen Misserfolge als Beweise eigener Unfähigkeiten interpretieren. Dadurch werden rückwirkend die schwachen Kompetenzüberzeugungen bestätigt und verfestigt (vgl. Jerusalem, 1990). Das Ergebnis eines Experiments von Jerusalem (1990) zeigt, dass selbstwirksame Personen bei Erfolg zunehmend ruhiger werden und bessere Leistungen erbringen, während sich niedrig selbstwirksame Personen umgekehrt mit steigendem Misserfolg angespannter fühlen (vgl. ebenda, S. 67). Einen signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Ergebniserfolg zeigten auch die Ergebnisse eines Assessment Centers: Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung waren dort erfolgreicher (vgl. Hess & Vossel, 2001). Jex & Bliese (1999) ermittelten, dass

US-Soldaten mit starker Selbstwirksamkeit in Bezug auf psychische und physische Belastung weniger auf lange Arbeitszeiten und Arbeitsüberlastung reagierten als diejenigen, die geringe Selbstwirksamkeitserwartungen aufwiesen.

Menschen gehen davon aus, dass sie durch die Ausführung bestimmter Handlungen in der Lage sind, bestimmte Ziele zu erreichen (Prinzip der persönlichen Verursachung). Sind sie davon überzeugt, durch ihr Verhalten an ihre erwünschten Ziele zu gelangen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie einen Handlungsversuch unternehmen und erfolgreich zu Ende führen (vgl. Latham & Locke, 1991). Nach Bewältigung einer Aufgabe steigt das Vertrauen in sich, diese und ähnliche Aufgaben auch künftig leisten zu können. Dadurch wird auch die Selbstbeobachtung und -bewertung beeinflusst und es verändern sich die wahrgenommenen Ursachen für Erfolg und Misserfolg (vgl. Schuler, 2014).

In dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartungen wird berücksichtigt, inwieweit sich eine Person die Kontrolle über Situationen oder Ereignisse zutraut, die ihr Leben beeinflussen (vgl. Siela & Wieseke, 2005). Das Verhalten einer Person wird neben personalen Merkmalen und Kontextbedingungen insbesondere durch Erwartungen (Leistungseffizienz- und Ergebniserwartungen) und durch persönliche Zielsetzungen beeinflusst. Ein Individuum reagiert auf Umweltereignisse mit Kognitionen, Verhaltensweisen und Emotionen und übt mittels der Kognitionen Kontrolle über das Verhalten und die Emotionen aus. Um sich selbst steuern zu können, muss eine Bewertung der eigenen Fähigkeiten erfolgen. Dieser Bewertungsprozess erfolgt durch Leistungseffizienz- und Ergebniserwartungen und beinhaltet, dass die Erwartungen an die eigene Leistungseffizienz von den Erwartungen an die Handlungsergebnisse unterschieden werden. Die Erwartungen über die eigene Leistungseffizienz werden aus unterschiedlichen Informationsquellen gespeist, bestimmen Lernprozesse sowie das Handeln von Personen und sind für die Selbstwirksamkeitserwartungen verantwortlich (vgl. Bandura, 1979). Bandura vermutet vier kombinierte Quellen die im Folgenden beschrieben werden. Im Rahmen der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit wird vermutet, dass diese Quellen Auswirkungen auf die Gesundheit älterer Beschäftigter haben können und dass Unternehmensmaßnahmen die Aufrechterhaltung oder Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartungen bei allen Beschäftigten im Allgemeinen und älteren Beschäftigten im Besonderen fördern können.

Konkrete Leistungen

Konkrete Leistungen werden als die wichtigste Quelle von Wirksamkeitserwartungen beschrieben. Sie stellen die eigenen Erfahrungen und frühere Erfolge, also erfolgreiches Bewältigungsverhalten in konkreten, fordernden Situationen dar. Hier geht es um das Meistern (*mastery*) von Anforderungen und das wird auch als zielerreichendes Lernen bezeichnet (vgl. Siela & Wieseke, 2005).

Wie sich Erfolge und Misserfolge auswirken, hängt davon ab, wann und in welchem Kontext sie stattfinden (vgl. Bandura, 1979).

Stellvertretende Erfahrung

Lernen durch Nachempfinden stellt das Lernen am Modell bzw. stellvertretende Erfahrungen dar. Diese Quelle ist relevant, wenn Menschen andere beim erfolgreichen Handeln beobachten oder sich das Verhalten vorstellen. Wird ein Verhalten mit günstigen Konsequenzen beobachtet und handelt es sich bei der beobachteten Person um eine wertgeschätzte Person, kann die stellvertretende Erfahrung zu einer eigenen Einschätzung führen (vgl. Bandura, 1979). Modelle müssen Menschen mit ähnlichen Eigenschaften sein. Bandura postuliert, dass die Modelle gewinnende Eigenschaften besitzen müssen (vgl. Bandura, 1979).

Verbale Überzeugungen

Die dritte Quelle, um menschliches Verhalten zu beeinflussen, ist die verbale Überzeugung. Sie ist durch Selbstinstruktion (Selbstbegründung) oder durch die Beeinflussung oder Überredung einer anderen Person möglich (vgl. Bandura, 1979). Überredung von anderen kann auch als Beweis dafür wahrgenommen werden, dass ihn die andere Person für kompetent hält und bei Personen zur Erwartung führen, eine bestimmte Handlung ausführen zu können (vgl. Lefrancois, 2015). Eine Reihe von Forschungsergebnissen haben allerdings gezeigt, dass die Überredung nicht von nachhaltiger Wirkung ist, wenn fehlgeschlagene Bewältigungsversuche die Erfahrung widerlegen (vgl. Bandura, 1979).

Emotionale Erregung

Die Wahrnehmung physiologischer und emotionaler Erregung ist je nach Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung höchst unterschiedlich. Bei niedriger Selbstwirksamkeitserwartung wird diese Erregung oftmals als Indikator für mangelnde Fähigkeiten interpretiert, während sie bei höherer Selbstwirksamkeitserwartung die Interpretation einer Situation als Herausforderung fördert (vgl. Bandura, 1997; Schwarzer, 2004; Schwarzer & Jerusalem, 2002). Diese vierte Informationsquelle ist in den personen-, verhaltens- und umweltbezogenen Faktoren einer Situation enthalten. Es handelt sich um somatische Erregungszustände in einer belastenden Situation (z.B. Angst, Erschöpfung, Kurzatmigkeit und Schmerz) (vgl. Bandura 1985). Le Francois (2015) beschreibt, dass das Empfinden des Erregungszustandes abhängig von der Situation und den vorherigen Erfahrungen einer Person ist. Einige Sportler zum Beispiel, die vor einem Wettkampf aufgeregt sind, betrachten diese Emotion als hilfreich für ihre Leistung; andere Personen können diesen Erregungszustand als negativ interpretieren. Die persönlichen Erfahrungen werden dann vermutlich die Selbstbeurteilung beeinflussen. Nach Bandura (1995, 1997) ist es möglich, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zu verändern, indem Interpretationen körperlicher Zustände beeinflusst werden.

Es ist davon auszugehen, dass berufliche Interessen, gezeigtes Verhalten und das Erleben am Arbeitsplatz zentral durch Selbstwirksamkeitserwartungen gefiltert werden (vgl. Schwarzer, 2000). Im Hinblick auf mögliche organisationale Rahmenbedingungen für ältere Beschäftigte haben Selbstwirksamkeitserwartungen wichtige Impulse für die forschungsleitenden Fragestellungen geliefert. Deshalb scheint es wichtig, Forschungsergebnisse zu Selbstwirksamkeitserwartungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Leistung älterer Beschäftigter zu skizzieren.

3.3.4 Selbstwirksamkeitserwartungen, Gesundheit und Leistung im Alter

Seit die ersten Formulierungen zum Konzept der Selbstwirksamkeitserwartungen erfolgten, ist eine Fülle von empirischen Arbeiten in unterschiedlichsten Bereichen publiziert worden. Das Konzept wurde bei zahlreichen Studien und in verschiedenen Handlungsfeldern erfolgreich angewendet (vgl. Jerusalem, 1990). In den bereichsspezifischen Kontexten liegen verschiedene Skalen zu situations- und phasenspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen vor, so zum Beispiel zur Ernährung, körperlichen Aktivität, Raucherentwöhnung, Einschränkung des Alkoholkonsums und beruflicher Entwicklung. Im Bildungskontext wurde das Konzept im Bereich des Leistungsverhaltens, der Stressbewältigung und des Gesundheitsverhaltens untersucht (vgl. Schwarzer, 1994, 1996, 2004; Jerusalem & Schwarzer, 1986; Multon et al., 1991). Als interne, personale Bewältigungsressource kann die Selbstwirksamkeitserwartung gesundheitliches Wohlbefinden und konstruktive Lebensbewältigung gut voraussagen.

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartungen wird vielfach in seiner Bedeutung für die Gesundheit diskutiert und als die subjektive Überzeugung, ein angestrebtes Verhalten auch angesichts von Barrieren ausführen zu können, verstanden (vgl. Bandura, 2004; Böhm et al., 2009; Gabriel, 2005; Nerdinger, 2014a, 2014b; Nübold & Maier, 2012; Ory et al., 2003; Rutter, 1999; Schneider, W. 2006). Gelingt eine konstruktive Interpretation von schwierigen Situationen, dann handeln Menschen auch wirksamer. Positive Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und der Gesundheit von Personen sind recht gut belegt (vgl. Schwarzer, 2004; Schmitz & Schwarzer, 2000). Im deutschsprachigen Gebiet wurde das Selbstwirksamkeitskonzept ab 1992 vor allem durch Ralf Schwarzer verbreitet und zwar hauptsächlich im Bereich der Gesundheitserziehung (vgl. Fuchs, 2005). Auch im Altersvergleich wurden im Gesundheitskontext zahlreiche Studien durchgeführt (vgl. Huy & Thiel, 2009; Locke et al., 1984; Schumacher et al., 2005; Schwarzer, 1992; Warr, 1990, 1994).

Im beruflichen Kontext zeigten eine Reihe von Studien, dass die erlebte Selbstwirksamkeit einen Einfluss auf Motivation und Leistung hat (vgl. Hess & Vossel, 2001; Latham & Locke, 1991; Markman & Baron, 2003; Molter et al., 2013; Noefer et al., 2009; Tamer, 2015; Wood & Bandura, 1989). Die vorhandenen Skalen zur Erfassung spezifischer Selbstwirksamkeit erheben Erwartun-

gen in bestimmten, vorgegebenen Situationen, Aufgaben oder Berufen. Daneben gibt es Skalen zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Jerusalem & Schwarzer, 1986). Bandura (1997) betont die Vorteile einer bereichsspezifischen, situativen Erhebung der Selbstwirksamkeitserwartungen. Die Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala wird in Forschungszusammenhängen empfohlen, in denen es um Aussagen über Gruppen von Individuen geht und um verallgemeinerbare Ergebnisse zu erhalten (Schmitz, 2000). Die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung misst die persönliche Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen gedacht sowie an Barrieren, die es zu überwinden gilt. Sie soll die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen (vgl. Jerusalem, 1990).

Studien über die Wechselwirkungen von allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter mit unternehmensrelevanten Maßnahmen liegen bislang nicht vor. Bisherige Ergebnisse zur Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartungen über die Lebensspanne deuten darauf hin, dass Selbstwirksamkeitserwartungen mit zunehmendem Alter nur tendenziell abnehmen (vgl. Hinz et al., 2006; Schumacher et al., 2005). Allerdings scheint es Hinweise auf einen Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartungen und individuellen Altersbildern zu geben (vgl. Schwarzer, 2004), was durch Maurer et al. (2008) bestätigt wurde. Die Autoren untersuchten, ob stereotype unternehmensrelevante Vorstellungen über ältere Beschäftigte einen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartungen der älteren Beschäftigten selbst haben. 2004 wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die 40 Jahre und älter waren aus unterschiedlichen Branchen befragt. Das Ergebnis zeigte, dass unterschwellige, stereotype Altersbilder der Führungskräfte Auswirkungen auf die Befragten selbst hatten und in einem Zusammenhang zur Selbstwirksamkeit der Beschäftigten standen. Diejenigen älteren Beschäftigten, die zum Beispiel glaubten, dass ältere Beschäftigte nicht mehr lernen könnten oder kein Interesse am Lernen und der Entwicklung hatten, verfügten über geringere Selbstwirksamkeitswerte (vgl. ebenda, 2008, S. 400).

Die Annahme liegt nahe, dass das Erleben von Selbstwirksamkeitserwartungen mit vorhandenen Fertigkeiten und Kompetenzen zusammenhängt. Rückmeldungen von Vorgesetzten scheinen Beschäftigten eine Orientierung über erbrachte Leistungen im Verhältnis zu den Arbeitsanforderungen zu geben und möglicherweise üben diese Rückmeldungen einen signifikanten Einfluss auf Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter aus (vgl. Noefer et al., 2009). Dies unterstreicht die Wichtigkeit des stetig zu erneuernden Qualifikationserwerbs im beruflichen Kontext älterer Beschäftigter (vgl. Ulich & Wülser, 2015; Sonntag & Stegmaier, 2007; Colquitt & LePine, 2000). Es ist zu vermuten, dass Menschen, die unter Stressoren leiden, vielschichtige Informationen nur teilweise wahrnehmen und schlecht mit vorhandenem Wissen verknüpfen können. In diesem Fall ist es möglich, dass Personen ihre Urteile noch stärker nach anderen

ausrichten (vgl. Bandura, 1997). Diese Wahrnehmung könnte sich auf die Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter auswirken.

Die sozial-kognitive Theorie von Bandura (1997) geht davon aus, dass es zu Stressreaktionen kommt, wenn das Gefühl der Selbstwirksamkeit im Hinblick auf die Kontrolle einer bedrohenden Situation oder belastenden Umweltauforderung schwach ausgeprägt ist. Selbstwirksamkeit, Stress und Bewältigung stehen damit in einem engen Zusammenhang (vgl. Siela & Wieseke, 2005).

3.4 Zusammenfassung

Psychische Gesundheit nimmt in der modernen Arbeitswelt einen großen Stellenwert ein und stellt einen stetigen Wechselwirkungsprozess zwischen einer Person und seiner Umwelt dar. Stressbewältigung (*Coping*) ist ein Prozess, der durch eine Person aufgrund einer Bewertung, der Einschätzung ihrer Ressourcen und des Abgleichs mit den Anforderungen der Umwelt erfolgt. Inwieweit sich ein Stressor für Personen gesundheitsförderlich oder -beeinträchtigend erweist, hängt ganz besonders von dem betreffenden Individuum und seinen Ressourcen ab. Transaktionale Bewältigungsstrategien und ein ausgeprägter Kohärenzsinn scheinen zu stressminimierendem Verhalten zu führen. In der sozial-kognitiven Theorie von Bandura nehmen Selbstwirksamkeitserwartungen eine zentrale Rolle ein. Selbstwirksamkeitserwartungen können als wichtige personale, interne Ressource im Umgang mit den Anforderungen des (Berufs-)Lebens bezeichnet werden. Sie stellen eine wichtige Ressource dar, die in einer Beanspruchungssituation die Einschätzung beruflicher Anforderungen und Probleme bedingt und den weiteren *Coping*-verlauf beeinflussen kann.

Ältere Beschäftigte verfügen vermutlich durch ihre langjährigen Erfahrungen über stressreduzierende und selbstwirksamkeitserzeugende Ressourcen und Selbstwirksamkeitserwartungen scheinen im Alter nur geringfügig abzunehmen. Fehlende Rückmeldungen von Vorgesetzten und Kollegen sowie bestehende negative Altersbilder über Fertigkeiten und Kompetenzen älterer Beschäftigter in Unternehmen scheinen sich auf Selbstwirksamkeitserwartungen und Belastungsbewertungen älterer Beschäftigter negativ auszuwirken. Liegen flexible Bewältigungsstrategien vor, so kann davon ausgegangen werden, dass diese zu langfristigen und auch im Alter vorhandenen Bewältigungsstrategien führen können. Die Wechselwirkungen zwischen persönlichen, internen Ressourcen eines Individuums und den externen Bedingungen einer Person ergeben eine ganz eigene Verhaltens- und Bewältigungsdynamik.

Für die vorliegende Arbeit ergibt sich daraus die Fragestellung, inwieweit Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter zum Beispiel durch soziale Unterstützung in Führung und Weiterbildung sowie eine altersfreundliche, strategische Ausrichtung positiv unterstützt werden

können. Bewältigungsverhalten im Umgang mit Berufsanforderungen älterer Beschäftigter werden im folgenden Kapitel erörtert.

4. Bewältigung von Anforderungen im Beruf

Die bisher genannten Konzepte verweisen auf Gesundheitsressourcen, die einen positiven Einfluss auf die Gesundheitsentwicklung von Personen haben und vermutlich im Laufe des Alterns an Bedeutung gewinnen. Anforderungen im Beruf werden von Personen mit individuellen Strategien bewältigt. Diese äußern sich in verschiedenen Verhaltensmustern. Schaarschmidt und Fischer (2008) haben diese Bewältigungsmuster operationalisiert und daraus empirisch gesundheitsförderliche und gesundheitsbeeinträchtigende Bewältigungsmuster abgeleitet. Diese Muster werden im ersten Abschnitt dieses Kapitels beschrieben.

Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, inwieweit ein positiver Zusammenhang zwischen gezielten, altersspezifischen Maßnahmen von Dienstleistungsunternehmen und Bewältigungsmustern älterer Beschäftigter besteht. Deshalb erscheint es bedeutsam, im zweiten Abschnitt dieses Kapitels mögliche Zusammenhänge der jeweiligen Muster mit verschiedenen Berufsgruppen einerseits und dem Alter andererseits anhand ausgewählter Studien zu erörtern.

4.1 Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster

4.1.1 Gesundheitsrelevante Dimensionen des beruflichen Erlebens und Verhaltens

Menschen setzen sich auf ganz verschiedene Weise mit den beruflichen Anforderungen auseinander. Es ist zu vermuten, dass es zum einen wesentlich von den Bewältigungsmustern der Beschäftigten abhängt, wie berufliche Belastungen verarbeitet werden und zum anderen auch davon, wie die Beschäftigten die eigenen Beanspruchungsverhältnisse durch ihre persönlichen Ressourcen mitgestalten (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001). Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass unternehmensrelevante Bedingungen einen maßgeblichen Einfluss auf das Bewältigungsverhalten der Beschäftigten haben. Schaarschmidt und Fischer (2001) entwickelten das diagnostische Verfahren „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster“ (AVEM), das der Ermittlung arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltens anhand empirisch gefundener Muster dient. Diese unterschiedlichen Muster scheinen eine gesundheitliche Relevanz aufzuweisen und als Frühindikatoren für gesundheitsförderliche und -beeinträchtigende berufliche Entwicklungen hilfreich zu sein. So können mögliche Interventionen ermittelt werden, die persönliche Ressourcen und berufliche Bewältigungsstrategien verstärken.

Die entsprechenden Musterbeschreibungen wurden aus dem Salutogenese-Konzept von Antonovsky (1997) abgeleitet. Ziel war es, das Salutogenese-Konzept in eine diagnostische Strategie umzuwandeln (vgl. Schaarschmidt, 2006, S.2). Dabei wird dem Individuum eine aktive Rolle in der Gestaltung der Beanspruchungsverhältnisse zugesprochen (vgl. Schaarschmidt & Fischer,

2008). In diesem Verständnis des aktiven Wechselwirkungsprozesses des Menschen und seiner Umwelt in Belastungssituationen spiegelt sich der Einfluss der kognitiv-transaktionalen Stresstheorie von Lazarus (1981) wieder. Banduras Selbstwirksamkeitserwartungen (1979) finden in der persönlichen Stressbewertung und -bewältigung Anwendung. Selbstwirksamkeit wird im AVEM als eine personale Ressource betrachtet, die in der Beanspruchungssituation die Bewertung beruflicher Anforderungen günstig beeinflusst und den Bewältigungsverlauf unterstützt (vgl. Celebi et al., 2014; Frost & Mierke, 2013). Mittels AVEM sollen Haltungen, Einstellungen, erlebte Gefühle und Kompetenzen erfragt werden (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001, 2008) Diese wurden mit elf Persönlichkeitsdimensionen ermittelt und drei Bereichen zugeordnet:

- Berufliches Engagement, als Engagement für die beruflichen Anforderungen.
- Widerstandskraft gegenüber den damit verbunden Belastungen und.
- Emotionen, die diese Berufstätigkeit begleiten.

Berufliches Engagement

Dieser Bereich wird durch fünf Persönlichkeitsdimensionen geprägt:

1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben).
2. Beruflicher Ehrgeiz (Streben nach beruflichem Aufstieg und Erfolg).
3. Verausgabungsbereitschaft (Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen).
4. Perfektionsstreben (Anspruch an Güte, Sorgfalt und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung).
5. Distanzierungsfähigkeit (Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit, erlebte Widerstandskraft gegenüber Belastungen). Diese Persönlichkeitsdimension wird in einigen Quellen auch als vierte Persönlichkeitsdimension in den Bereich der Widerstandskraft subsummiert (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2016).

Ein relativ hohes Maß an Engagement stellt eine günstige Bedingung für eine erfolgreiche, demnach auch gesundheitsförderliche Bewältigung dar. Hier ist ein wohldosierter, auf das Wesentliche konzentrierter Einsatz der individuellen Kräfte von Bedeutung. Die wird durch das letztgenannte Merkmal, die Distanzierungsfähigkeit deutlich: Maximale Distanzierung ist mit beruflichem Engagement nicht vereinbar. Ist eine Person allerdings nicht in der Lage, sich von beruflichen Anforderungen zu distanzieren, so kann diese Haltung auch nicht wünschenswert sein (vgl. ebenda 2016).

Widerstandskraft

Dieser Bereich wird durch drei Persönlichkeitsdimensionen geprägt:

1. Resignationstendenz bei Misserfolg (Neigung sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben).
2. Offensive Problembewältigung (Aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen).
3. Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts).

Diese drei Persönlichkeitsdimensionen haben für die gesundheitsförderliche Bewältigung beruflicher Belastungen eine besondere Bedeutung und werden in der Literatur auch als gesundheitsförderliche Ressourcen, zum Beispiel im SAR-Modell (vgl. Kapitel 3.3.2; vgl. Becker & Minsel, 1986; Weinert, 2015) und bei Selbstwirksamkeitserwartungen verstanden (vgl. Kapitel 3.3.3; vgl. Bandura, 1997; Schaarschmidt & Fischer, 2001).

Emotionen

Die berufsbegleitenden Emotionen werden durch folgende drei Persönlichkeitsdimensionen repräsentiert:

1. Erfolgserleben im Beruf (Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten).
2. Lebenszufriedenheit (Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation).
3. Erleben sozialer Unterstützung (Vertrauen in die Unterstützung durch nahestehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit).

Der Fokus dieses dritten Bereichs liegt auf der Frage, inwieweit die Auseinandersetzung mit den beruflichen Anforderungen von Zufriedenheit und Geborgenheit umgeben ist (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001, S. 18). Auch hier liegt das systemische Verständnis vor, dass diese Persönlichkeitsdimensionen sowohl Voraussetzung als auch Folgen des Bewältigungsprozesses sein können.

4.1.2 Gesundheitsförderliche und -beeinträchtigende Bewältigungsmuster

Aus dem Zusammenwirken der faktorenanalytisch differenzierten elf Persönlichkeitsdimensionen wurden im Rahmen von Clusteranalysen vier Muster des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens (kurz: Bewältigungsmuster) gebildet (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001). Dabei werden zwei Muster als gesundheitsförderlich beschrieben: Muster Gesundheit (G) und Schonung (S) während zwei weitere Muster als gesundheitsgefährdend, als Risikomuster ermittelt wurden. Dies sind das Risikomuster Typ A-Verhalten (A) und das Risikomuster Burnout (B) (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008). Abbildung 16 zeigt auf der folgenden Seite die elf Persönlichkeitsdimensionen (Skalen) in der Bündelung der vier Muster. Die Dimensionen des AVEM werden mit einer Ausprägung von 1-9 dargestellt (vgl. Schaarschmidt, 2012). Die vier unterschiedlichen Muster

dienen als Frühindikatoren für gesundheitsförderliche und -beeinträchtigende berufliche Entwicklungen (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001).

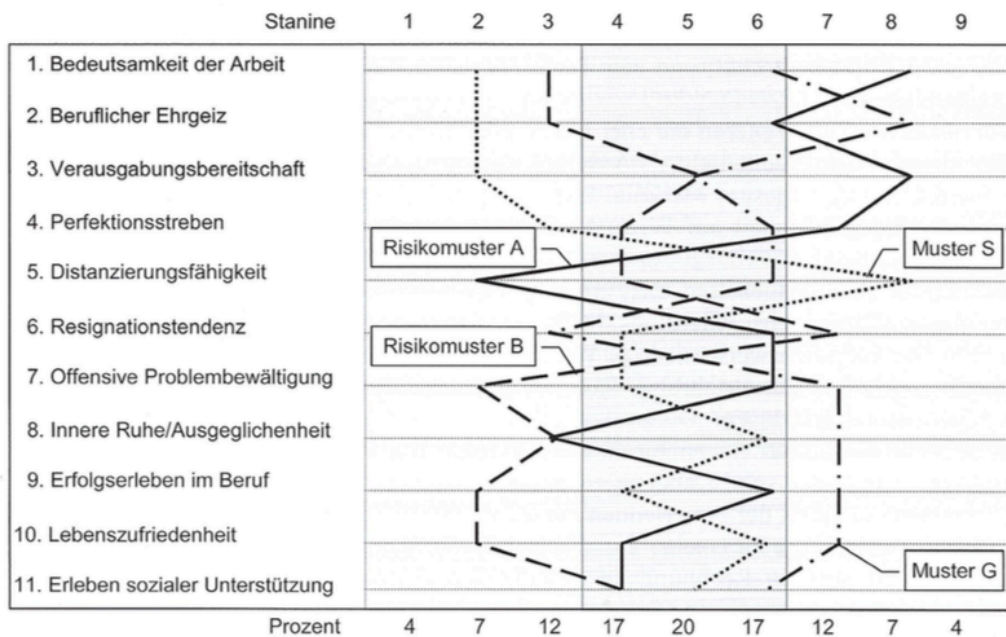


Abbildung 16: Die vier Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens (Schaarschmidt & Fischer, 2008, S. 11).

Bewältigungsmuster: Gesundheit (G)

Dieses Muster zeigt ein gesundheitsförderliches Verhältnis zur Arbeit. Es handelt sich um das wünschenswerteste Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens. Menschen mit diesem Profil sind bereit und in der Lage, sich den beruflichen Anforderungen mit Zuversicht, Elan und Freude zu stellen (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001). Die Ausprägungen werden im Folgenden anhand der drei Bereiche in Tabelle 4 beschrieben (vgl. Schaarschmidt, 2012).

Tabelle 4: Ausprägung der drei Bereiche bei Bewältigungsmuster Gesundheit (G).



Berufliches Engagement	Ist nicht exzessiv ausgeprägt. - Trotz des hohen Engagements bleibt die Distanzierungsfähigkeit erhalten. - Beruflicher Ehrgeiz ist am stärksten ausgeprägt. - Die drei weiteren Merkmale dieser Dimension haben mittlere bis leicht hohe Werte.
Widerstandsfähigkeit	Weist die geringste Ausprägung in der Resignationstendenz gegenüber Misserfolgen und die stärkste Ausprägung in der offensiven Problembewältigung und der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit auf.
Emotionen	Weist die ausnahmslos höchsten Werte in den Skalen berufliches Erfolgserleben, Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung auf.

Bewältigungsmuster: Schonung (S)

Dieses Muster steht für *Schonung* im Hinblick auf das Verhältnis zur Arbeit. Die Motivation steht eher außerhalb des Berufs. Die Ausprägungen innerhalb der drei Bereiche werden in Tabelle 5 erläutert (vgl. Schaarschmidt, 2012, S. 7).

Tabelle 5: Ausprägung der drei Bereiche bei Bewältigungsmuster Schonung (S).



Berufliches Engagement	Alle Skalen sind hier am geringsten ausgeprägt.
Widerstandsfähigkeit	<p>Im Vergleich zu allen anderen Mustern ist hier der am stärksten ausgeprägte Wert.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resignationstendenz ist eher niedrig ausgeprägt. - Verringeres Engagement ist vermutlich nicht Ausdruck einer resignativen Einstellung. - Insbesondere im Zusammenhang mit den recht hohen Ausprägungen der Skalen innere Ruhe und Ausgeglichenheit lässt dies auf Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen schließen
Emotionen	<ul style="list-style-type: none"> - Insgesamt herrscht ein recht positives Lebensgefühl vor. - Die Quelle dafür liegt wohl aber außerhalb der Arbeit. - Schonungshaltung und Erleben beruflichen Erfolgs passen nicht zusammen.

Das Bewältigungsmuster (S) scheint weniger unter dem Gesundheits- als eher unter dem Motivationsaspekt von Interesse zu sein. Es ist nicht generell von Nachteil, kann allerdings, wenn im beruflichen Kontext eigenaktives Handeln gefordert ist, hinderlich sein. Das Muster kann durchaus das Ergebnis einer nicht mehr als ausreichend empfundenen beruflichen Herausforderung, des Schutzes vor Überforderung bei defizitären Arbeitsbedingungen oder belastetem Arbeitsklima sein (vgl. Schaarschmidt, 2012).

Bewältigungsmuster: Typ A-Verhalten (A)

Dieses Muster steht für ein überhöhtes Engagement. Die Verhaltens- und Erlebensbesonderheiten werden in einen engen Bezug zu dem inzwischen weitbekannten Typ-A-Verhaltenskonzept gesetzt. Das Persönlichkeitsbild kann ein generelles Krankheitsrisiko bedingen und wird deshalb als Risikomuster A kategorisiert (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001). Die Ausprägungen innerhalb der drei Bereiche verdeutlicht Tabelle 6 auf der folgenden Seite (vgl. Schaarschmidt, 2012, S. 8).

Tabelle 6: Ausprägung der drei Bereiche bei Bewältigungsmuster Typ A Verhalten (A).

Berufliches Engagement	Am stärksten ausgeprägt sind die Skalen Bedeutsamkeit der Arbeit, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben.
Widerstandsfähigkeit	Dieser Wert ist von allen Mustern am geringsten ausgeprägt: - Geringe Ausprägung in der inneren Ruhe. - Geringe Ausprägung in der Ausgeglichenheit.
Emotionen	Eher negative Emotionen begleiten dieses Muster. Geringe Werte in der Lebenszufriedenheit und im Erleben sozialer Unterstützung.

Menschen dieses Profils fällt es schwer, Abstand zu den Themen der Arbeit zu finden. Hier liegt ein sehr hohes Engagement mit verminderter Widerstandsfähigkeit vor. Das Kennzeichen dieses Profils ist der große Arbeitseinsatz einerseits, und das ausbleibende Erleben von Anerkennung andererseits. Es lassen sich Bezüge zu der von Siegrist (2006) beschriebenen Gratifikationskrise herstellen.

Bewältigungsmuster: Burnout (B)

Dieses Muster steht für Burnout (B). Menschen dieses Profils haben eine hohe Resignationstendenz verbunden mit einer generellen Lebensunzufriedenheit (vgl. Schaarschmidt, 2012). Es stellt das zweifellos problematischste Bewältigungsmuster dar und wird in Tabelle 7 näher beschrieben (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008).

Tabelle 7: Ausprägung der drei Bereiche bei Bewältigungsmuster (B).

Berufliches Engagement	Geringe Ausprägung: Bedeutsamkeit der Arbeit und beruflicher Ehrgeiz. Die Ausprägung entspricht dem Muster S, allerdings hier mit eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit
Widerstandsfähigkeit	Dieser Wert ist gering ausgeprägt
Emotionen	- Negative Emotionen begleiten dieses Muster - Geringe Werte in der Lebenszufriedenheit und im Erleben sozialer Unterstützung

Im Unterschied zu Muster (S) mit erhöhter Distanzierungsfähigkeit ist diese hier eingeschränkt. Menschen in diesem Profil scheinen durch Resignation, eingeschränkte Motivation, herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und durch negative Emotionen bestimmt zu sein. Ist dieses Muster stark ausgeprägt, so sind vermutlich berufliche wie auch darüber hinausgehende

Lebensanforderungen schwer bewältigbar. „Die noch verbliebene Kraft wird dazu gebraucht, irgendwie ‚über die Runden‘ zu kommen.“ (Schaarschmidt, 2012, S. 8)

Die vier Musterbeschreibungen beziehen sich jeweils auf die reinen Prototypen. Bei den meisten Menschen sind Mischtypen von Bewältigungsmustern anzutreffen. Zur Validierung der Muster unter dem Gesundheitsaspekt liegen zahlreiche Studien in verschiedenen Kontexten mit Befunden für eine hohe Gesundheitsrelevanz vor (vgl. Schaarschmidt, 2012; Schaarschmidt & Fischer, 2001). Eine Reihe von Studien wurden im Therapiekontext und der Rehabilitation durchgeführt (vgl. Beutel et al., 2004; Ciric, 2005, Lange et al., 2012; Grundmann et al., 2013). In vielen Studien, in der AVEM zum Einsatz kam, zeigte sich in wiederkehrenden Ergebnissen, dass sich die Musterverteilungen im Hinblick auf ihr psychisches und körperliches Befinden deutlich unterscheiden. Auch ein Zusammenhang zwischen den Musterzuordnungen einerseits und dem psychischen und körperlichen Beschwerdeniveau andererseits, konnte nachgewiesen werden (vgl. Kieschke, 2003). Dabei ergeben sich für das Muster G die günstigsten und für die Risikomuster A und B die ungünstigsten Ergebnisse. Die beiden Risikomuster sind durch gleichermaßen hohe Ausprägungen in körperlich-funktionellen Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Bei den psychischen Beschwerden tritt das Risikomuster B nochmals deutlich über das Muster A hervor (vgl. Schaarschmidt, 2005, 2012; Schaarschmidt & Fischer, 2001).

So konnte in einer Studie von Heitzmann et al. (2005) bei Patienten einer stationären Rehabilitation ein enger Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und den beruflichen Bewältigungsmustern gefunden werden. Es ließen sich Zusammenhänge zwischen der Art der Beschwerden, der seelischen Gesundheit, der Selbstwirksamkeit und den AVEM-Daten herstellen. Hinweise aus dem AVEM scheinen folglich hilfreich zu sein, um Maßnahmen zur Prävention und für weitere Interventionen ableiten zu können (vgl. Arold, 2005).

Die Bewältigungsmuster stellen sich darüber hinaus auch als relativ zeitstabil dar, was darauf hindeutet, dass die Bewältigungsmuster einen Einfluss darauf haben, wie berufliche Kontexte von einer Person wahrgenommen, genutzt und gestaltet werden. Umgekehrt scheint es einen unbestrittenen Einfluss der jeweiligen beruflichen Bedingungen auf die Musterausprägungen zu geben (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001).

4.2 Bewältigungsverhalten in verschiedenen Kontexten

4.2.1 Bewältigungsverhalten in verschiedenen Berufen

Die ersten Studien zum Bewältigungsverhalten entstanden im Rahmen der „Potsdamer Lehrerstudien“ mit dem Ziel, die besondere Belastungssituation von Lehrenden zu hinterfragen, weil

diese im Vergleich zu anderen Berufsgruppen überproportional belastet schienen (vgl. Schaarschmidt, 2005; Schaarschmidt & Kieschke, 2007b). In diesem Zusammenhang führten die Autoren über zehn Jahre eine Reihe von Analysen zur Gesundheitssituation bei Lehrenden durch. Insgesamt waren mehr als 30.000 Lehrerinnen und Lehrer, Referendarinnen und Referendare sowie Lehramtsstudierende in die Erhebungen eingebunden (vgl. Lehr, 2004; Schaarschmidt & Fischer, 2016; Van Dick & Wagner, 2001). Es wurden sowohl Quer- als auch Längsschnittstudien durchgeführt, um die Musterstabilität zu prüfen und die Wirkung von Interventionen nachzuweisen.

In der repräsentativen Längsschnittstudie von Schaarschmidt & Fischer (2001) wurden 4000 Lehrende aus verschiedenen Bundesländern und dem deutschsprachigen Ausland befragt. Es ergaben sich über den Untersuchungszeitraum statistisch bedeutsame Veränderungen in der Verringerung des Perfektionsstrebens und in der Erhöhung der Distanzierungsfähigkeit. Auf der individuellen Ebene betrachtet wurden allerdings keine gravierenden, statistisch signifikanten Musterveränderungen ermittelt. Die individuelle Musterzuweisung erwies sich hier als relativ stabil (vgl. ebenda S. 79). Durch diese Studien und die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden Instrumente entwickelt, um mögliche Belastungssituationen von Lehrerinnen und Lehrern zu verbessern (vgl. Celebi et. al, 2014; Kaub et al., 2014; Schaarschmidt & Fischer, 2016; Schaarschmidt & Kieschke, 2007b). Dazu trugen auch Längsschnittstudien zur Lehrer- und Schulleitergesundheit (vgl. Kieschke, 2003; Laux, 2011) und Studien mit psychosomatisch erkrankten und frühpensionierten Lehrern bei (vgl. Lehr, 2004; Heyse et al., 2004).

Gleichzeitig wurden auch andere Berufe in die Erhebungen eingebunden, um berufsspezifische Aussagen, insbesondere über Berufsgruppen mit einem hohen Maß an psychosomatischer Beanspruchung, zu erhalten und diese miteinander abgleichen zu können (vgl. Schaarschmidt & Kieschke, 2007a). Ergebnisse liegen zum Beispiel zu den Berufsgruppen der Pflegekräfte, der Berufsfeuerwehr (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001), des Strafvollzugs (vgl. Schaarschmidt & Kieschke, 2007a), der Polizei (vgl. Bartsch, 2011; Bartsch et. al., 2011) und zu den Existenzgründern (vgl. Kieschke, 2003; Kieschke & Schaarschmidt, 2003) vor. Roemer et al. (2012) verglichen Bewältigungsmuster von Lehramtsstudierenden und Studierenden der Rechtswissenschaften. Zur Berufsgruppe der Dienstleistungsbeschäftigten, die im Rahmen der vorliegenden Studie im Mittelpunkt stehen, konnten keine Untersuchungen ermittelt werden.

4.2.2 Bewältigungsverhalten älterer Beschäftigter

Während sich die individuelle Musterzuweisung als relativ stabil erwies (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001, S. 62) wird der Einfluss des Alters auf allgemeine Bewältigungsstrategien in der Forschung unterschiedlich diskutiert. Umfangreiche Recherchen (PubPsych, 08.08.2016) zeigten

wenige aktuelle Studien, die arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) im Altersvergleich in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen. Deshalb werden zunächst die bereits beschriebenen Studien nochmals gezielt auf das Alter recherchiert und anschließend weitere, ausgewählte Studien dargestellt.

Im Rahmen der Potsdamer Lehrerstudien wurde erwartet, dass sich mit zunehmendem Alter eine problematische Musterkonstellation darstellen würde. Diese Annahme wurde von Schaarschmidt & Fischer (2001, 2016) nicht bestätigt. Auch berufsübergreifend wurde kein bedeutsamer Alterszusammenhang in der Musterverteilung ermittelt. In den Fällen, in denen Schaarschmidt & Fischer (2001) Alterszusammenhänge prüfen konnten, stellten sich keine einheitlichen Richtungen im Hinblick auf altersspezifische Bewältigungsmuster dar.

In weiteren Veröffentlichungen wurden dagegen Hinweise auf eine progressive Verschlechterung der Beanspruchungssituation nicht über das Alter, wohl aber über die Berufsjahre hinweg formuliert (vgl. Schaarschmidt, 2005; Schaarschmidt & Fischer, 2001; Schaarschmidt & Kieschke, 2007a). Die Autoren stützen sich bei der Frage des Zusammenhangs von Bewältigungsmustern und Alter auf die Stichproben der Lehrer, Pflegepersonen und Feuerwehrleute. Dargestellt wurden allerdings nur die Ergebnisse der Lehrer (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001, S. 67) und Pflegeberufe (vgl. ebenda, 2001, S. 93). Bei diesen Stichproben wurde auf eine hohe Korrelation von Lebens- und Dienstalalter verwiesen (vgl. ebenda, 2001 S. 155). Wird das Dienstalalter gesondert betrachtet, fällt eine geschlechtsspezifische Verschlechterung der Beanspruchungssituation der Lehrerinnen über die Berufsjahre auf (vgl. Schaarschmidt & Kieschke, 2007a, S. 90). In einer Studie mit Existenzgründern von Schaarschmidt & Klieschke (2003) zeigten sich Unterschiede zwischen Studienabgängern und Nichtakademikern. Letztere haben eine höhere Muster Typ A-Affinität. Signifikante altersbezogene Abweichungen tauchen in dieser Studie nicht auf (vgl. ebenda, 2003, S. 158).

Im Hinblick auf das Alter konnte ausschließlich bei den Lehramtsstudierenden eine signifikant günstigere Musterverteilung und eine relativ gleich hohe Verteilung der Risikoanteile über alle Altersgruppen hinweg ermittelt werden (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001, S. 62). Auch die jungen Lehrenden verfügen schon über hohe Anteile an Risikomustern. In Tabelle 8 auf der folgenden Seite sind die altersspezifischen Entwicklungen im Rahmen der drei übergeordneten Bereiche zusammengestellt (vgl. Schaarschmidt, 2005). Die Altersunabhängigkeit über die elf Persönlichkeitsdimensionen verteilt sich bei Männern und Frauen, getrennt betrachtet, zum Nachteil der Frauen (vgl. Schaarschmidt & Kieschke, 2007a, S. 90).

Tabelle 8: Verhaltens- und Erlebensmerkmale nach Dienstalter und Geschlecht.

Übergeordnete Bereiche	Verhaltens- und Erlebensmerkmale nach Dienstalter und Geschlecht
Berufliches Engagement	<p>Mit zunehmendem Dienstalter entsteht folgende Diskrepanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bedeutsamkeit der Arbeit sinkt. - Beruflicher Ehrgeiz und Verausgabungsbereitschaft steigen, dies besonders bei Frauen.
Widerstandsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Distanzierungsfähigkeit sinkt bei Frauen deutlich mehr. - Resignationstendenz steigt bei Frauen. - Offensive Problembewältigung bleibt bei Männern und Frauen konstant niedrig. - Innere Ruhe/Ausgeglichenheit wird geringer.
Emotionen	<ul style="list-style-type: none"> - alle drei Werte befinden sich auf einem mittleren Niveau.

Die Autoren vermuten, dass die besonderen Anforderungen und Rahmenbedingungen des Lehrerberufs den höheren Anteil risikobehafteter Bewältigungsmuster bereits in jungen Lebensjahren unterstützen (vgl. Schaarschmidt, 2005). Im Hinblick auf das Alter wird angenommen, dass die Beschäftigten mit dem Risikomuster Burnout (B) vorzeitig ausscheiden (*Drop-Out-Effekt*), weil sie sich den Anforderungen der Tätigkeit nicht mehr gewachsen fühlen, während die Gesündesten und Motiviertesten eher bis zum Rentenalter durchhalten (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001).

Den beschriebenen *Drop-Out-Effekt* scheint auch die Studie von Heyse et al. (2004) zu bestätigen. Sie befragten in den Jahren 2001-2003 aus Gesundheitsgründen frühpensionierte Lehrende (Durchschnittsalter 58,1 Jahre, 32,7 Dienstjahre) und alterspensionierte Lehrerinnen und Lehrer (Durchschnittsalter 64/65 Jahre, durchschnittlich 38,8 Dienstjahre). Die retrospektiven Einschätzungen der pensionierten Lehrkräfte belegten starke, massiv erhöhte subjektive psychische und psychosomatische Belastungen bei Lehrenden, die vorzeitig in den Ruhestand versetzt wurden (vgl. Heyse et al., 2004, S. 377). In einer empirischen Studie bei Waldorflehrern ermittelte Peters (2013) dagegen, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Risikomuster nicht steigt, allerdings die Prozentanteile des gesunden Musters (G) zugunsten eines verstärkten Schonungsmusters (S) zurückgehen (vgl. ebenda, 2013, S. 81).

Ziel der Studie von Bartsch (2011) war es, gruppenspezifische Präventionsmaßnahmen für den Beruf der Polizisten zu ermitteln. Hier wurde der Zusammenhang zwischen arbeitsplatzbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern und dem Dienstalter, nicht dem Lebensalter, untersucht. Während sich bei der Musterverteilung der Polizisten ohne Führungsaufgaben im Hinblick auf das Dienstalter keine statistisch bedeutsamen Unterschiede ergaben (vgl. Bartsch, 2011; Bartsch et al., 2011), stieg bei den Polizisten mit Führungsaufgaben der Anteil des Risikomusters Typ A

Verhalten (A) ab einer Dienstzugehörigkeit von über zehn Jahren signifikant an. Der Gesundheitstyp (G) nahm dagegen mit steigendem Dienstalter signifikant ab (vgl. Bartsch et al., 2011).

Bei den maßgeblichen Studien zum arbeitsbezogenen Verhaltens- und -Erlebensmuster ist bei den Recherchen im Hinblick auf das Alter kritisch anzumerken, dass die Berufsjahre und nicht die Lebensjahre betrachtet werden. Altersspezifische Zusammenhänge wurden in diesen Studien mit dem Dienstalter untersucht (vgl. Schaarschmidt & Fischer 2001, 2005; Schaarschmidt & Klieschke, 2007). Gleichzeitig handelte es sich, bis auf die Gruppe der Existenzgründenden, um Berufsgruppen des öffentlichen Dienstes, die lange in ihrem Berufsumfeld verblieben (zum Beispiel Lehrer, Polizisten, Feuerwehrleute). Möglicherweise lassen die Ergebnisse eher einen Zusammenhang zwischen Bewältigungsmustern und den Dienstjahren innerhalb einer Organisation als einen Zusammenhang zwischen Bewältigungsmustern und den Lebensjahren vermuten. Diese Annahme bestätigt auch die Studie mit Unternehmensgründenden, die keine altersspezifischen Unterschiede in den Bewältigungsmustern statistisch nachweisen konnte (vgl. Schaarschmidt & Klieschke, 2007a).

Eine Auswertung der Daten zweier Langzeitstudien des amerikanischen Arbeitsministeriums deutet auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Jobzufriedenheit und Jobdauer hin (vgl. Dobrow Riza et al., 2015). Befragte dieser Studie wurden unzufrieden mit ihrer beruflichen Situation, je länger sie in demselben Job waren. US-Bürger wurden seit 1979 in 34 Datenerhebungswellen zu ihrem Berufs- und Privatleben befragt. Die repräsentative Stichprobe, die das Forscherteam für die Untersuchung nutzte, umfasste die Aussagen von mehr als 20.000 Personen, die über den gesamten Zeitraum, von fast 40 Jahren einen festen Arbeitsplatz hatten.

Daraus schlossen die Forscher: Angestellte, die öfter ihren Job wechseln, sind im Alter zufriedener als diejenigen, die ihrem Arbeitgeber ein Leben lang treu sind. Die positive Wirkung eines Wechsels erklären sich die Forscher mit der freiwilligen Wechselbereitschaft. Sie vermuten, dass der Neuanfang in einem anderen Betrieb mit Verbesserungen und Veränderungen verbunden ist. Diese scheinen die Personen langfristig zufriedener zu machen (vgl. Dobrow Riza et al., 2015). Möglicherweise hat dieser Tatbestand auch eine Auswirkung auf die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster älterer Beschäftigter, ohne einen Zusammenhang mit dem Alter der Beschäftigten allein herzustellen.

4.3 Zusammenfassung

Eine Möglichkeit, Bewältigungsmuster im Beruf zu erforschen, liefert das Instrument des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens (AVEM). Ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit und den ermittelten Bewältigungsmustern konnte als relativ stabil nachgewiesen werden. Die

geschilderten Studien ergeben allerdings ein uneinheitliches Bild im Hinblick auf einen Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenem Erlebens- und Verhaltensmustern und dem Alter. Einige Studien verweisen auf einen Anstieg des Risikomusters (B), eine Verringerung des Gesundheitsmusters (G) und einem Anstieg des Schonungsmusters (S) bei dienstälteren Beschäftigten. Bei dem Großteil der ausgewählten Stichproben handelt es sich um Berufsgruppen des öffentlichen Dienstes, die lange in ihrer Organisation verbleiben. Ein genereller Alterszusammenhang in der Musterverteilung kann nicht bestätigt werden. In den Fällen, in denen ein solcher ermittelt wurde, stellen sich keine einheitlichen Richtungen im Hinblick auf altersspezifische Bewältigungsmuster dar. Bisherige Studien zum AVEM lassen Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen von Organisationen und Belastungsempfinden der Beschäftigten vermuten. Es wird davon ausgegangen, dass berufsspezifische Anforderungen einen Einfluss auf das Bewältigungsverhalten haben könnten.

5. Dienstleistungsarbeit im demografischen Wandel

Durch den Wandel von Arbeit und Organisationen hat sich die Dienstleistungsbranche seit den 1990er Jahren zum größten und am schnellsten wachsenden Wirtschaftsbereich in Deutschland herangebildet. Die Entwicklung der Dienstleistungsbranche sowie ihre Besonderheiten werden im ersten Abschnitt dieses Kapitels näher beschrieben. Im Hinblick auf die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung scheint es bedeutsam, die Besonderheiten der Dienstleistungsarbeit und die Herausforderungen und Chancen für ältere Beschäftigte zu skizzieren. Diese Darstellung erfolgt im zweiten Abschnitt dieses Kapitels am Beispiel der Interaktionsarbeit. Der dritte Abschnitt setzt sich mit den Konsequenzen des demografischen Wandels sowie dem daraus für die weitere Bearbeitung der Forschungsfragen abgeleiteten Handlungsrahmen für Unternehmen und ältere Beschäftigte auseinander.

5.1 Dienstleistungsunternehmen

5.1.1 Wandel der Arbeit und Organisationen zu Dienstleistungen

Gesellschaftliche Veränderungen ziehen den Wandel von Organisationen sowie eine differenzierte Beziehung des Menschen zu seiner Arbeit nach sich (vgl. Bamberg et al., 2012; Neuberger, 1985; Gartner & Riessman, 1978; Rosenstiel, 2014). Bereits in den 1950er Jahren entstand die erkennbare Tendenz, dass sich die Wirtschaftsbereiche in den westlichen Industrieländern weg von der Industrie- und hin zur Dienstleistungsgesellschaft verschoben (vgl. Bieber & Geiger, 2014; Botthof & Hartmann, 2015). Dieser Trend wurde von Fourastié (1954), dem Begründer der Dienstleistungsforschung, im Rahmen einer ökonomischen Drei-Sektoren-Theorie formuliert. Die Zahl der Beschäftigten verringerte sich in den Bereichen der Land- und Forstwirtschaft sowie der Fischerei (primärer Wirtschaftssektor) sowie des produzierenden Gewerbes (sekundärer Wirtschaftssektor), während Dienstleistungsbereiche (tertiärer Wirtschaftssektor) ein überproportionales Wachstum an Arbeitsplätzen verzeichneten (vgl. ebenda, 1954).

Während von 1991 bis 2015 im primären Sektor 46 Prozent und im sekundären Sektor 24,1 Prozent weniger Beschäftigte zu verzeichnen waren, zeigte der Dienstleistungssektor dagegen eine Zunahme der Beschäftigten um 34,3 Prozent (siehe Abbildung 17, folgende Seite). Im Jahr 2015 waren nahezu 80 Prozent aller Unternehmen in Deutschland Dienstleistungsunternehmen und leisteten mit rund 70 Prozent einen bedeutenden Beitrag zur deutschen Bruttowertschöpfung (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017a). Drei von vier Erwerbstätigen in Deutschland sind heute im Dienstleistungssektor beschäftigt (vgl. DIN-Normenausschuss Dienstleistungen, 2016; Hacker & Sachse, 2014).

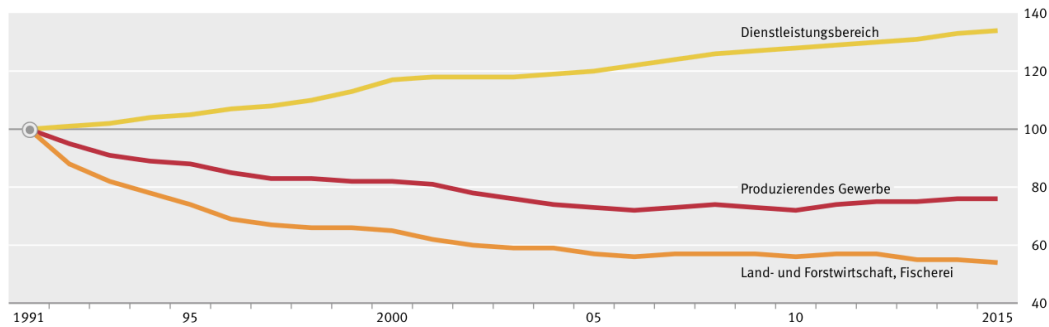


Abbildung 17: Erwerbstätige nach Wirtschaftsbereichen 1991-2015 (Statistisches Bundesamt, 2017a; S. 354).

Dienstleistungen prägen alle modernen Wirtschaftsnationen und tragen maßgeblich zur Sicherung ihrer Wettbewerbsfähigkeit bei. Die Dienstleistungsbranche ist der größte und am schnellsten wachsende Wirtschaftsbereich in Deutschland (vgl. Statista GmbH, 2017). Es kann davon ausgegangen werden, dass der Wirtschaftsstandort Deutschland ohne Dienstleistungen kaum noch denkbar ist (vgl. DIN-Normausschuss Dienstleistungen 2016, S. 7).

5.1.2 Entwicklung und Merkmale der Dienstleistung

Mit dem Übergang zur dezentralen Informationsverarbeitung und der Nutzung der Elektronischen Datenverarbeitung (EDV) ist der Computer fester Bestandteil der Arbeit in der kaufmännischen Sachbearbeitung geworden (vgl. Bauer & Braun, 2014, S. 19; Bellmann, 2014, S. 21; Haipeter, 2011, S. 8; Veen, 2008, S. 25). Infolge dieser technischen Entwicklungen sind im Dienstleistungsprozess Automatisierungen möglich (vgl. Döhl et al., 1998; Sauer, 2003) und durch das Internet werden Maschinen, Werkzeuge und Elektrogeräte vernetzt (vgl. Kastner, 2010). Kunden übernehmen Aufgaben, die früher von Angestellten in einem Unternehmen getätigt wurden (vgl. Salomann, 2009). Dieser Trend führt zum Abbau von Personal und ist dafür verantwortlich, dass die Anzahl der Dienstleistungsbeschäftigten mittlerweile nur noch moderat ansteigt (vgl. Pelizäus-Hoffmeister, 2013; Bundesagentur für Arbeit, 2016).

Die Dienstleistungsbranche bündelt eine Reihe von unterschiedlichen Berufen und Tätigkeiten, sodass diese in vielen verschiedenen Dienstleistungsfeldern beschrieben und Wirtschaftszweigklassifikationen des Statistischen Bundesamtes (WZ 2008) zugeordnet werden (vgl. DIN-Normenausschuss Dienstleistungen, 2016; Statistisches Bundesamt, 2008). Diese Klassifikationen verdeutlicht Tabelle 9 auf der folgenden Seite.

Die Heterogenität der einzelnen Dienstleistungsberufszweige umfasst eine große Spannbreite der Anforderungen und Arbeitsbedingungen (vgl. Rastetter, 2008, S. 118). So liegen zwischen gelernten oder angelernten Call-Center-Beschäftigten, Bankkaufleuten oder Ingenieurinnen und

Ingenieuren in der Forschung und Entwicklung große Unterschiede in den fachlichen Anforderungen, Qualifikationen und Tätigkeitsinhalten (vgl. Haipeter, 2011, S. 94).

Tabelle 9: *Erwerbstätige in Deutschland nach Wirtschaftsabschnitten (Statistisches Jahrbuch, 2017a, S. 355).*

WZ Klassifikation	Wirtschaftsgliederung	1991	2010	2015*
		Durchschnitt in 1000		
A-T	Alle Wirtschaftsbereiche	38.790	41.020	43.056
A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	1.174	661	634
B-F	Produzierendes Gewerbe	13.856	10.063	10.511
G-T	Dienstleistungsbereiche	23.760	30.323	31.911
G	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	5.576	5.813	5.926
H	Verkehr und Lagerei	2.195	1.983	2.141
I	Gastgewerbe	1.043	1.690	1.857
J	Information und Kommunikation	959	1.162	1.210
K	Finanz- und Versicherungsdienstleister	1.206	1.214	1.187
L	Grundstücks- und Wohnungswesen	253	463	467
M	Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleister	1.113	2.408	2.669
N	Sonstige Unternehmensdienstleister	1.195	2.764	3.088
O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialwesen	3.280	2.741	2.538
P	Erziehung und Unterricht	1.696	2.292	2.406
Q	Gesundheits- und Sozialwesen	3.114	4.882	5.518
R	Kunst, Unterhaltung und Erholung	382	621	669
S	Sonstige Dienstleister	1.128	1.509	--
T	Häusliche Dienste	620	791	--

In der Literatur lassen sich im Wesentlichen zwei Eigenschaften der Dienstleistung auf zwei übergeordnete Merkmale zurückführen: Die Immaterialität des Dienstleistungsergebnisses sowie die Mitwirkung des Kunden im Dienstleistungsprozess also an der Leistungserstellung (Integrativität). Dienstleistung und der Gebrauch derselben entsteht am gleichen Ort und zur selben Zeit (Uno-actu-Prinzip) (vgl. Ashforth & Humphrey, 1993; Bieber & Geiger, 2014; Nerdinger, 2014b; Rastetter, 2008; Woratschek, 2012). Das Uno-actu-Prinzip bringt für die Beschäftigten und das Management von Dienstleistungen besondere Anforderungen und Vorgehensweisen mit sich (vgl. Fließ, 2009).

5.2 Herausforderungen der Dienstleistungsarbeit

5.2.1 Die Rolle der Interaktion im Dienstleistungsprozess

Die betriebswirtschaftliche Klassifikation von Dienstleistungen bezieht sich im Wesentlichen auf die Qualität, die Erbringung und den Absatz der Dienstleistungen. Aufgrund der beschriebenen Immaterialität lässt sich die Qualität einer Dienstleistung allerdings durch den Kunden schwer

beurteilen. Dienstleistung wird im direkten Austausch zwischen zwei Personen, gleichsam in Koproduktion erbracht. Sie entsteht in der Interaktion zwischen Anbietenden und Kunden, Dienstleistungsgebenden und Dienstleistungsnehmenden (vgl. Ciesinger et al., 2011; Dunkel & Voß, 2004; Fließ, 2009; Nerdinger, 2014b; Rastetter, 2008). Aus arbeitspsychologischer Sicht steht deshalb als verbindendes Element aller Dienstleistungen die Interaktion zwischen Dienstleister und Kunde bei der Erstellung der Dienstleistung im Vordergrund (vgl. Nerdinger, 2011; Klaus, 1984)

Eine entscheidende Bedeutung für das Ergebnis und die Qualität der Dienstleistung stellt die Interaktion als eigentliche Dienstleistung dar, wobei die Kunden bei der Erstellung derselben in einer gewissen Form beteiligt sind (vgl. Nerdinger 2011). Die Dienstleistung besteht darin, dass auf den intellektuellen, emotionalen oder psychischen Bereich des Dienstleistungsnehmenden eingewirkt wird. Das Ziel der Dienstleistung ist die Zufriedenheit und damit die positive Bewertung durch den Kunden. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass bei dem Kunden positive Gefühle erzeugt werden und sich dieser durch die Dienstleistungsperson gut betreut fühlt (vgl. Hochschild, 1983; Nerdinger, 2011).

In der Literatur zum Dienstleistungsmanagement wird betont, dass Kundinnen und Kunden eher Geschäfte mit einer Organisation tätigen, wenn sie die Interaktion mit Dienstleistenden positiv erleben. Diese Interaktion scheint im Dienstleistungssektor wichtiger als in anderen Sektoren zu sein (vgl. Ashforth & Humphrey, 1993; Zapf, 2002). Servicebeschäftigte bilden im Rahmen der Interaktion damit die Schnittstelle zwischen Organisation und dem Kunden. Sie stellen in der Kommunikation die Repräsentation des Unternehmens nach außen dar. Durch die Beteiligung des Kunden am Dienstleistungsprozess müssen die Beschäftigten sowohl im Prozess als auch in der Durchführung eine ganz besondere Dynamik der Begegnung berücksichtigen (vgl. Ashforth & Humphrey, 1993). Damit bildet die Kundenorientierung ein zentrales Merkmal für das Dienstleistungsunternehmen und die hier Beschäftigten. Kundenorientierung kann definiert werden als das zentrale Bestreben die Erwartungen und Bedürfnisse von Kundinnen und Kunden zu erkennen und diese nach Möglichkeit zu erfüllen. Es geht dabei um die Erhöhung des Nutzens und den Aufbau langfristig stabiler, ökonomisch vorteilhafter Beziehungen (vgl. Dunkel & Voss 2004). Dieser Beziehungsaufbau erfordert von den Beschäftigten nicht nur eine spezifische Einstellung, sondern auch eine besondere Grundhaltung (vgl. Nerdinger, 2011).

Das Verhalten im Kundenkontakt erfordert wiederum zwei grundlegende Formen: das instrumentelle und das soziale Verhalten. Das instrumentelle Verhalten bezieht sich auf den Sachverhalt. Hier steht das Fachwissen des Beschäftigten im Mittelpunkt (zum Beispiel die Scherenführung des Friseurs oder die verbalen Ausführungen des Kreditberaters). Bei dem sozialen Verhalten ist das Subjekt, also die Person des Dienstleistungsnehmenden von Bedeutung (vgl. ebenda, 2011, S. 41ff). Soziales Verhalten oder soziale Kompetenz in Dienstleistungen macht sich unter anderem durch

den rituellen Austausch von Höflichkeiten und Achtungsbezeugungen bemerkbar. Das soziale Verhalten dient dem Ziel, die Leistung problemlos abzuwickeln und unterstützt das instrumentelle Verhalten. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität des sozialen Handels einen großen Einfluss auf die Kundenzufriedenheit hat (vgl. ebenda, 2011, S. 65).

Diesen Einfluss auf die Kundenzufriedenheit bestätigt die Studie von Kanning & Bergmann (2006) mit Privatkunden eines Kreditinstituts. Die soziale Kompetenz erwies sich mit 46 Prozent Varianzaufklärung als der mit Abstand wichtigste Prädiktor zur Vorhersage der Kundenzufriedenheit (vgl. ebenda, 2006, S. 150).

Die Ergebnisse einer Studie von Pugh (2001) zeigten ebenfalls, dass gezeigte Emotionen von Beschäftigten wichtige Konsequenzen für die Organisationen eines Unternehmens haben können, da sie sich positiv auf die Kundschaft und die Kundenbewertungen der Servicequalität auswirken.

Die Bedeutung der Interaktions- und Gefühlsarbeit wird auch von anderen Autoren besonders hervorgehoben, da ein wichtiger Effekt des Verhaltens der Beschäftigten auf das Ergebnis des Dienstleistungsprozesses ermittelt werden konnte (vgl. Ciesinger et al., 2011; Gouthier, 2006; 2011; Hartline & Ferrell, 1996). Damit ist die Interaktion zwischen Dienstleistenden und Kundschaft sowohl psychologisch als auch ökonomisch entscheidend für den Erfolg der Dienstleistung. Der Anforderung an Gefühls- oder Emotionsarbeit wird dabei eine besondere Bedeutung zugeschrieben (vgl. Nerdinger, 2011, S. 23).

5.2.2 Emotionsarbeit als besondere Herausforderung der Dienstleistungstätigkeit

Um die Kundenzufriedenheit zu erhalten oder zu erhöhen, sind Unternehmen daran interessiert, den Umgang des Beschäftigten mit dem Kunden zu optimieren. Deshalb werden vielfach Regeln definiert, wie die Interaktion bei der Dienstleistungserstellung erfolgen soll (vgl. Ashforth & Humphrey, 1993; Hess & Strauß, 2016; Hochschild, 1990; Rafaeli & Sutton, 1987). Emotionsarbeit erfordert eine besondere Form der Kundeninteraktion sowie die Fähigkeit, eigene Gefühle zu kontrollieren und diese den Anforderungen der Situation und den Vorgaben des Unternehmens anzupassen. Dies kann als Aufwand betrachtet werden, den eine Person für die Planung und Kontrolle einer Dienstleistungstätigkeit aufbringen muss, um den von dem Unternehmen erwünschten Gefühlsausdruck in der beruflichen Interaktion zu zeigen (vgl. Nerdinger, 2014b, S. 570; Poppitz & Brückner, 2004; Zapf, 2002).

Strauss et al. (1980) beschreiben die Gefühlsarbeit in der pflegerischen Dienstleistung und differenzieren zwischen „*sentimental work*“ als beruhigende und tröstende Aktivität und „*emotional work*“ als Kontrolle der eigenen Gefühle (vgl. ebenda, 1980). Mit einem anderen Fokus werden diese Anforderungen der Kontrolle und Präsentation von Gefühlen seit Hochschild

(1983) mit dem Begriff „Emotionsarbeit“ oder „*emotional labor*“ beschrieben. Die Soziologin untersuchte, wie Flugbegleitende und Inkasso-Angestellte Gefühle als Arbeitsmittel einsetzen und welche Folgen dies für die Beschäftigten selbst hat. Emotionsarbeit wird dabei definiert als die bezahlte Arbeit bei der die Kontrolle der eigenen Emotionen erforderlich ist, mit dem Ziel, durch Veränderung von Gestik, Mimik und Sprache einen bestimmten emotionalen Eindruck beim jeweiligen Gesprächspartner zu erzeugen (vgl. Hochschild, 1990).

Bei der Emotionsarbeit wird zwischen dem sogenannten Oberflächenhandeln, dem „*Surface Acting*“, das als Vorspielen von einem Gefühlsausdruck erklärt werden kann in dem Beschäftigte negative Gefühle unterdrücken oder ihr Empfinden mit einem erzwungenen Lächeln maskieren. Der Widerspruch zwischen gefühlter und ausgedrückter Emotion wird als emotionale Dissonanz bezeichnet (vgl. Hochschild, 1990; Rafaeli & Sutton, 1987; Zapf & Freese, 1991). Dabei steht die empfundene Diskrepanz einer Dienstleistungsperson zwischen den von dem Unternehmen geforderten Emotionen und den eigenen Gefühlen im Mittelpunkt (vgl. Nerdinger & Röper, 1999; Staar & Bamberg, 2012; Zapf & Freese, 1991).

Das Tiefenhandeln, „*Deep Acting*“ beschreibt dagegen die Arbeit an den eigenen, bestehenden Gefühlen (vgl. Poppitz & Brückner, 2004). Tiefenhandeln konzentriert sich auf die Wahrnehmung und Veränderung von Emotionen und stellt das von Lazarus (1981) formulierte emotionsbezogene *Coping* dar, das eine Veränderung der Gefühle und Gedanken beinhaltet. Mögliche Strategien sind hier zum Beispiel das kognitive Umstrukturieren (vgl. Kapitel 3.2.2). Der Sachverhalt wird nicht verändert, aber das belastende Ereignis anders konstruiert und bewertet (vgl. Lyon, 2005).

Seit der Formulierung der Theorie der Gefühlsarbeit in der kommerziellen Dienstleistung durch Hochschild (1983) wurden in weiteren Dienstleistungsbereichen Studien zur Emotionsarbeit durchgeführt, zum Beispiel bei Bankangestellten (vgl. Wharton, 1993); Versicherungsvermittlern (vgl. Rastetter, 2008); Versicherungssachbearbeitenden (vgl. Freund et al., 2012); im Pflegebereich (vgl. Nerdinger & Röper, 1999); bei Call-Center-Beschäftigten (vgl. Zapf & Holz, 2006; Cosette & Hess, 2015); bei Bahnangestellten (vgl. Dunkel & Voss, 2004) sowie bei Lehrern (vgl. Sutton, 2004). Die Anzahl der empirischen Arbeiten hierzu sind von 1980 bis 2010 auf insgesamt 10.000 Veröffentlichungen angestiegen. Mehr als die Hälfte dieser Studien wurde allein seit 2006 veröffentlicht. Das Interesse an Emotionsarbeit ist vermutlich mit dem starken weltweiten Wachstum des Dienstleistungssektors und der wachsenden Aufmerksamkeit für zwischenmenschliche Arbeitsplatzanforderungen verbunden (vgl. Grandey et al., 2013, S 4).

5.2.3 Folgen der Emotionsarbeit

Die Folgen der Emotionsarbeit für die dienstleistende Person werden in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedlich diskutiert und empirisch belegt. Eine Übersicht von Studien und Analysen zur emotionalen Dissonanz findet sich zum Beispiel bei Ciesinger et al. (2011); Freund et al. (2012); Grandey et al. (2013); Hess & Strauß (2016); Zapf (2002). Im Folgenden werden einige diesbezügliche Ergebnisse exemplarisch dargestellt.

Hochschild (1983) ging in ihren qualitativen Studien zur Emotionsarbeit von grundsätzlich negativen Folgen aus. Diese wurden insbesondere durch das Oberflächenhandeln bestätigt, die neben möglichen, schlechten Bewertungen der Servicequalität durch die Kunden auch gesundheitliche Beeinträchtigungen für die Beschäftigten wie zum Beispiel emotionale Erschöpfung erzeugen können (vgl. Grandey, 2003; Nerdinger & Röper, 1999; Zapf, et al., 2000). Im Rahmen der Stressforschung erfolgten hierzu Studien zur „emotionalen Dissonanz“ (vgl. Nerdinger, 2011, S. 93; Zapf, et al., 2000). Die Ergebnisse einer Studie von Cossette & Hess (2015) deuten darauf hin, dass negative Konsequenzen des Oberflächenhandelns nur dann zum Tragen kommen, wenn diese als alleinige Strategie zur Verfügung steht (vgl. Hess & Strauß, 2016, S. 36).

Die Ergebnisse einer Studie von Gross & John (2003) deuten dagegen darauf hin, dass Personen verschiedene Strategien nutzen und entweder im Tiefen- oder im Oberflächenhandeln agieren. Damit wird der Zwang, bestimmte Emotionen zeigen zu müssen, nicht als grundsätzlich mit negativen Folgen für die Dienstleistungsbeschäftigten formuliert (vgl. Ciesinger et al., 2011; Wharton, 1993). Vielmehr scheinen sich verschiedene Strategien der Emotionsregulation unterschiedlich, sowohl für die Beschäftigten als auch für die Organisationen auszuwirken (vgl. Nerdinger, 2008, S. 4). Diese Form der Emotionsregulierung lässt sogar positive Auswirkungen auf die Dienstleistungsperson und gleichzeitig auf das Dienstleistungsergebnis vermuten (vgl. Zapf, 2002; Zapf & Holz, 2006).

Weitere Studien weisen auf einen Zusammenhang vom Selbstwirksamkeitserwartungen und den Auswirkungen der Emotionsarbeit hin. So ermittelten Pugh et al. (2010) in ihrer Studie an Service-Center-Beschäftigten, dass hohe Selbstwirksamkeitswerte möglicherweise die negativen Auswirkungen von Oberflächenhandeln moderieren. Auch Heuven et al. (2006) stellten fest, dass Selbstwirksamkeitserwartungen das Verhältnis zwischen emotionaler Dissonanz und dem Engagement der Beschäftigten moderieren.

In diesem Zusammenhang wird in der Literatur auch das Empfinden von Stolz und Wertschätzung als eine der intensivsten Emotionen von Beschäftigten im Kundenkontakt diskutiert (vgl. Gouthier 2006, S. 59). Stolz entsteht, wenn zum Beispiel das Ergebnis des Dienstleistungsprozesses der

eigenen Leistung oder Fähigkeit zugeschrieben wird und er scheint auch positive Effekte auf die Selbstwirksamkeit zu haben (vgl. Brehm, 2001; Ciesinger et al., 2011; Gouthier, 2011). Stolz auf die eigene besondere Leistung wird dann hervorgerufen, wenn die Dienstleistungsperson Kontrolle über eine schwierige Situation schildert oder ein Gestaltungsspielraum in der Dienstleistungssituation besteht (vgl. Kastner, 2010, S. 194). Mögliche negative Konsequenzen der emotionalen Dissonanz können durch Spielraum in den Rahmenbedingungen für den geforderten Umgang mit dem Kunden, durch die Form der Arbeits- und Aufgabengestaltung sowie durch gezielte Strategien der Emotionsregulation des Beschäftigten selbst minimiert werden (vgl. Ciesinger et al., 2011, S. 23, Freund et al., 2012, S. 149).

5.3 Konsequenzen für die Dienstleistungsbranche

5.3.1 Chancen und Risiken für ältere Beschäftigte

Das Erleben emotionaler Dissonanz wird im Dienstleistungsbereich als Teil des Arbeitsalltags formuliert (vgl. Dormann et al., 2002; Nerdinger, 2012). Damit sind gerade diese Fähigkeiten im Rahmen der beschriebenen Interaktions- und Emotionsarbeit in dieser Branche besonders gefragt (vgl. Döhl et al. 1998).

Im Umgang mit dem Kunden wird ein großer Teil der Anforderungen dem Erfahrungswissen zugeschrieben (vgl. Kapitel 2.3.3). Das Erfahrungswissen des älteren Beschäftigten wird auch in den künftigen Arbeits- und Interaktionsprozessen als wichtige Kernkompetenz geschildert, wenn diese mit neuen Kompetenzen verknüpft werden (vgl. Falkenstein & Gajewski, 2015; Koller & Plath, 2000). Es kann von einer verbesserten emotionalen und sozialen Kompetenz und damit einhergehender verbesserter Kommunikations-, Kooperations- und Konfliktlösungsfähigkeit mit zunehmendem Alter ausgegangen werden (vgl. Kapitel 2.1.1). So werden ältere Beschäftigte zum Beispiel im Einzelhandel vor allem aufgrund ihrer sozialen Kompetenzen und ihrer Kundenorientierung und Lebenserfahrungen geschätzt (vgl. Sporket, 2012, S. 69).

Es kann somit angenommen werden, dass die Dienstleistungstätigkeit gute Bedingungen für ältere Beschäftigte aufweist (vgl. Hacker, 2003). Fähigkeiten, die sich im Laufe des Berufslebens weiter entwickeln oder erhalten bleiben sind demnach für die Dienstleistungsarbeit geforderte Leistungspotenziale, die ältere Beschäftigte für die Dienstleistungsarbeit sogar auszeichnet (vgl. Cornetz & Schäfer, 2005; Klinger et al., 2014; Vaupel & Hofäcker, 2009).

Trotz der geschilderten Erkenntnisse zur Leistungsfähigkeit von älteren Beschäftigten werden in der Dienstleistungsbranche insbesondere durch den dargestellten Wandel der Arbeitswelten Chancen und Risiken in der Beschäftigung von älteren Beschäftigten formuliert. Denn durch die

zunehmende Automatisierung in der neuen Dienstleistungswelt und dem damit einhergehenden hohem Veränderungstempo in der Informations- und Kommunikationstechnologie wird vermutet, dass sich das Alter hemmend auf den technischen Fortschritt, die Innovationsfähigkeit und somit auf die Wachstumspotenziale der Unternehmen auswirkt, indem bisheriges Fach- und vielleicht sogar Erfahrungswissen obsolet wird (vgl. Flüter-Hoffmann, 2006; Hans-Böckler-Stiftung, 2009; Klös & Naegele, 2013; Maurer, 2001; Palizäus-Hoffmeister, 2013). Begründet wird dies mit einem negativen Zusammenhang zwischen Prozessinnovationen und dem Alter sowie mit dem Tatbestand, dass Betriebe mit moderner technischer Ausstattung weniger Ältere beschäftigen (vgl. Bertschek & Meyer, 2010; Boockmann & Zwick, 2004; Reimann, 1991; Schat & Jäger 2010; Wennekers et al., 2005).

Auch in der Verlagerung von körperlichen zu psychischen Arbeitsanforderungen in der Dienstleistungstätigkeit können Gesundheitsrisiken für ältere Beschäftigten liegen (vgl. Börsch-Supan et al., 2006; Hacker & Sachse, 2014; Jansen & Müller, 2000; Schirmay, 2003; Wolff et al., 2001). Dies verdeutlicht eine 1998/99 durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) sowie die Bundesanstalt für Arbeit gemeinsam durchgeführte, repräsentative Befragung unter deutschen Erwerbstätigen. Die älter als 45-jährigen Dienstleistungsbeschäftigten fühlten sich höheren Arbeits- und Gesundheitsbelastungen ausgesetzt als die Erwerbsbevölkerung insgesamt (vgl. Jansen & Müller, 2000).

Seit 1970 obliegen den Unternehmen die Kosten für die krankheitsbedingten Ausfälle in den ersten sechs Wochen (vgl. Flüter-Hoffmann, 2006, S. 10). Allein dieser Tatbestand ist in den vergangenen Jahren auch in den Dienstleistungsunternehmen mit großem Interesse an der Reduzierung der krankheitsbedingten Fehltage verbunden. Deshalb zeichnet sich seit den 1970er Jahren auch ein deutlicher Trend zu einer immer gesünderen Belegschaft aller Altersstufen ab.

Mit Blick auf die Fehltage in Abhängigkeit vom Alter zeigt eine Statistik aller gesetzlich Krankenversicherten allerdings, dass ältere Beschäftigte nicht häufiger krank sind als die jüngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dafür aber im Krankheitsfall über längere Krankheitstage (je Fall) verfügen als die jüngeren Beschäftigten (siehe Abbildung 18 auf der folgenden Seite).

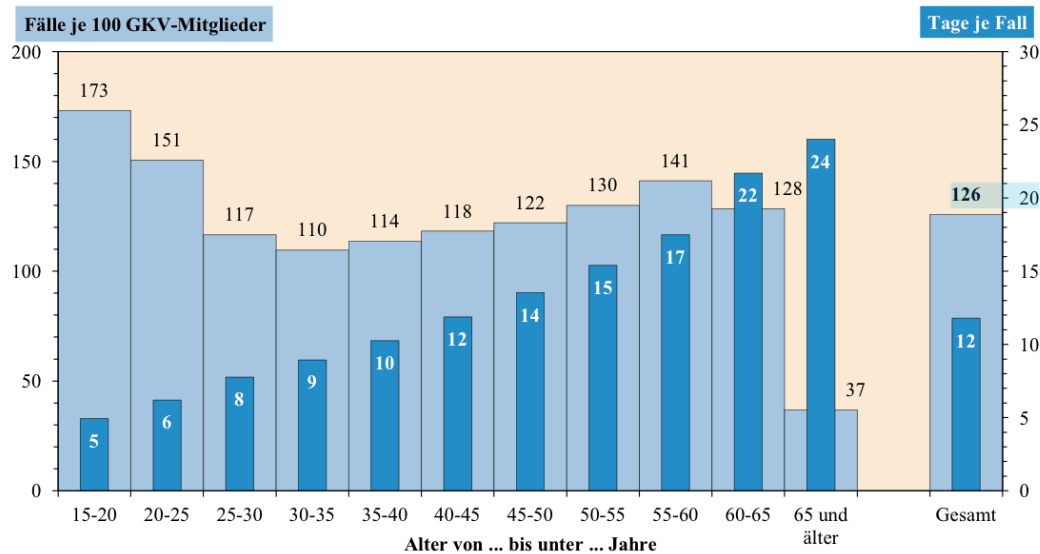


Abbildung 18: Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen 2013 (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), 2014, S. 157). (Die Daten ergeben sich ausschließlich durch ärztliche Krankschreibungen. Nicht ärztlich attestierte Krankmeldungen sind unberücksichtigt).

Insgesamt scheinen den geschilderten Chancen, die im Erfahrungswissen und der sozialen Kompetenz älterer Beschäftigter formuliert werden, die Risiken scheinbar vermuteter Innovations-, Leistungs- und Lernfähigkeit sowie dem angenommenen Krankheitsrisiko älterer Beschäftigter gegenüberzustehen. So deuten die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Zimmer et al. (2010) darauf hin, dass die Innovationsfähigkeit älterer Beschäftigter durch Qualifizierung unterstützt werden kann (vgl. ebenda, 2010). Damit kann eine mögliche Abnahme dieser Fähigkeiten im höheren Lebensalter mit der geringeren Weiterbildung älterer Beschäftigter zusammenhängen. Bedingt durch den formulierten Wandel der Dienstleistungsbranche sind dies Fähigkeiten, die demnach stetig trainiert werden müssen (vgl. Becker, 2011; Kanfer & Ackermann, 2004; Hacker & Sachse, 2014; Molter et al., 2013; Pachur et al., 2017; Salthouse & Maurer, 1996; Schat & Jäger, 2010; Stettes, 2009).

Ältere Beschäftigte selbst scheinen eine hohe Bereitschaft für eine persönliche Weiterbildung zu zeigen (vgl. Frerichs, 2016; Klös & Naeyegele, 2013; Reich-Claassen & Tippelt, 2013; Reichwald et al., 2014; Schat & Jäger, 2010; Schmidt, 2011; Quinn, 1992). So können möglicherweise die von den Unternehmen angenommenen Risiken mit gezielten Maßnahmen entgegengewirkt werden (vgl. Naeyegele & Sporket, 2009).

5.3.2 Handlungsrahmen für Unternehmen

Um den vermuteten Risiken der Lern-, Leistungs- und Innovationsfähigkeit sowie die Gesundheit älterer Beschäftigter in der Dienstleistungstätigkeit zu begegnen, scheinen sowohl individuelle als auch umweltspezifische Aktivitäten zur Erhaltung und Förderung beizutragen: „Das Training kognitiver Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Training körperlicher Fertigkeiten, die Vermittlung gesundheitsbezogenen Wissens und das Training gesundheitsbewussten Verhaltens können, wenn sie Hand in Hand gehen, einen entscheidenden Beitrag zum Erhalt der gesundheitlichen und körperlichen Leistungsfähigkeit leisten.“ (Klös & Naegele, 2013, S. 132)

Verschiedene Analysen kommen zu dem Schluss, dass ältere Beschäftigte ihren beruflichen Anforderungen durchaus gewachsen sind und eine Leistungsabnahme nicht in erster Linie ein biologisches Altersergebnis, sondern Produkt einer defizitären Arbeits- und Organisationsgestaltung ist. Damit obliegt es den Unternehmen, einen Handlungsrahmen zu schaffen, der mögliche Risiken reduziert (vgl. Avolio et al., 1990; Hacker, 2003; Hammermann & Stettes, 2015; Naegele & Sporket, 2009; Sporket, 2012).

Die Befunde der Altersforschung haben nachgewiesen, dass die Lern- und Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter stärker als nötig abnimmt, wenn sie weder gefördert noch gefordert wird. Diese Lernentwöhnung tritt ein, wenn lernanregende Anreize fehlen (vgl. Bergmann et al., 2006). In diesem Fall handelt es sich eher um das Ergebnis des Nicht-Nutzens (*Disuse-Hypothese*) (vgl. Lehr, 2007, S. 44) und kann dazu führen, dass Anforderungen, die mit dem Lernen neuer Aufgaben verbunden sind, bei den betroffenen Beschäftigten Angst vor Überforderung auslösen (vgl. Mitterhofer et al., 2010). Lernförderliche Arbeitsorganisationen dagegen stellen einen innovationsstimulierenden, betrieblichen Erfolgsfaktor dar (vgl. Klös & Naegele, 2013). Als innovationsfördernde Bedingungen werden zum Beispiel die Komplexität der Arbeitsaufgabe, der Handlungsspielraum, regelmäßige Rückmeldungen sowie Unterstützungsmaßnahmen durch die Führungskräfte genannt (vgl. Klinger et al., 2014, S. 8).

Möglicherweise sind die Kapazitäten des Alters durch die Rahmenbedingungen der Unternehmen noch lange nicht ausgeschöpft (vgl. Fooker, 1998, S. 284; Behrens & Frerichs, 2003, S. 107). Ältere Beschäftigte müssen künftig über neue Qualifikationen und Strategien des Kompetenz- und Qualifikationserwerbs verfügen, um ihre Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten (vgl. Bullinger et al., 2003). Dazu können Unternehmen maßgeblich beitragen. Es gilt daher, die bestehenden Altersbilder in Unternehmen und deren Leistungsanforderungen an ältere Beschäftigte zu prüfen (vgl. Stettes, 2009, S. 3).

5.3.3 Einschätzung des demografischen Wandels durch Unternehmen

Durch die Rationalisierung und einen verschärften Wettbewerb in der deutschen Dienstleistungsbranche sind Tendenzen der Verdichtung von Arbeit und der stärkeren Beanspruchung der Erwerbstätigen erkennbar. Gleichzeitig müssen die wirtschaftlich-technologischen Entwicklungen zunehmend mit älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bewältigt werden (vgl. Frerichs, 2010). Die Einführung neuer Technologien, die veränderte Arbeit in Projekten und die intensivere Integration des Kunden in den Leistungserstellungsprozess werden als Ursachen dafür beschrieben, dass Beschäftigte zunehmend Problemlöser und Wissensintegratoren im Rahmen von wissensintensiven Dienstleistungen sein müssen. Genau diese Fähigkeiten werden heute oftmals jungen Beschäftigten zugeschrieben (vgl. Bullinger et al., 2003).

Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Arbeitserfahrung eine große Rolle bei der Kompensation möglicher abnehmender Kapazitäten im Alter übernehmen kann (vgl. Salthouse, 1996; Ilmarinen, 2005). Dabei scheint entscheidend, dass das Erfahrungswissen der Älteren in den Unternehmen handlungswirksam eingesetzt wird (vgl. Reich-Claassen & Tippelt, 2013). Die kognitive Arbeitsleistung ist in der Regel eher unberührt vom Alter, weil es ein Wechselspiel zwischen mehreren abnehmenden und zunehmenden mentalen Subkapazitäten gibt (vgl. Schalk et al., 2010). Hacker (2003) ist sogar der Meinung, dass gerade in diesem Erfahrungswissen (dem Können) mit seiner Ziele- und Werteabhängigkeit der besondere Nutzen älterer Beschäftigter für die Wirtschaft liegt, wenn es mit dem neuen Wissen verknüpft wird.

Der demografische Wandel und die damit strukturellen Veränderungen werden nicht nur in der Wissenschaft sondern auch in der Politik ausgiebig diskutiert (vgl. Stracke & Hawes, 2013). Ziel einer 1994 durchgeführten Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) „Zukunftsreport demografischer Wandel“ war es, über die kommenden Veränderungen der Belegschaftsstrukturen und das Altern im Betrieb aufzuklären (vgl. Pack et al., 2000, S. 6). Anfang 2001 startete ein erneutes Forschungsprogramm des BMBF, um neue Erkenntnisse und Gestaltungsmöglichkeiten für die Unternehmen zu erschließen. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass nur wenige Unternehmen auf den demografischen Strukturwandel vorbereitet waren. Es fehlten präventive Maßnahmen der Arbeits- und Personalpolitik, die ihnen für die Zukunft altersgemischte Belegschaften und damit die Nutzung der Innovationspotenziale der Beschäftigten aller Altersstufen garantierten (vgl. Neubauer, 2002). Diesen Trend bestätigen auch aktuelle Analysen (vgl. Becker et al., 2006; Flüter-Hoffmann & Sporket, 2013; Klös & Naegele, 2013; Schleiter, 2006): „Es gibt ein Gap zwischen politischer Äußerung und dem konkreten Handeln in den Betrieben.“ (Carnevin et al., 2013, S. 5)

Das Ausmaß der demografischen Herausforderung für die Unternehmen wird in den Organisationen kontrovers wahrgenommen (vgl. Mendius, 2002; Neubauer, 2002). Die daraus resultierenden Aufgaben sind den Unternehmen bewusst, aber die Weichen für eine erfolgreiche Bewältigung sind noch nicht ausreichend gestellt (vgl. Eberhardt, 2015; Flüter-Hoffmann & Sporket, 2013; Tempel & Ilmarinen, 2013).

Diese Einschätzung scheint sich in den Ergebnissen einer seit 2006 jährlich durchgeführten Befragung durch das Adecco Institute (2009) widerzuspiegeln. Von den beteiligten Unternehmen entfielen ein Fünftel der Interviews auf deutsche Unternehmen. Die repräsentative Stichprobe enthielt Handels-, Industrie- und Dienstleistungsunternehmen. Noch im Jahr 2007 formulierten die Unternehmen den demografischen Wandel, die Globalisierung und den technologischen Fortschritt nahezu gleichbedeutend zu einer der wichtigsten Herausforderungen der nächsten Jahre. Nur ein Jahr später dagegen war bereits ein markanter Rückgang dieser Einschätzung zu verzeichnen. Die Autoren begründen diese Entwicklung damit, dass viele Unternehmen die langfristige demografische Entwicklung vernachlässigen, weil sie auf Basis von Konjunkteinflüssen nicht agieren sondern reagieren (vgl. Adecco Institute, 2009, S. 5f). An dieser Einschätzung hat sich auch im Jahr 2013 nicht viel geändert (vgl. Eck et al., 2013, S. 31). Dies verdeutlichen auch die Ergebnisse der 2015 durchgeführten explorativen Studie „Demografie Exzellenz“ von Schirmer (2015). An der Studie waren Dienstleistungsunternehmen mit 34,6 Prozent am stärksten beteiligt. Demnach werden die demografischen Konsequenzen in den deutschen Unternehmen unterschätzt, und es scheint keine ganzheitliche, strategische Verankerung der Demografiethematik in den Unternehmen vorzuliegen. Die Studie zeigt, dass Unternehmen mit mehr als 1000 Beschäftigten jedoch zumindest in Teilbereichen demografiebasierter Maßnahmen, zum Beispiel Gesundheits- und Wissensmanagement, Führung, Personalentwicklung und Demografie-Controlling, aktiv sind (vgl. ebenda, 2016, S. 217).

Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommt eine 2005 durchgeführte Befragung der O&P Consult AG, des Instituts für Bildungswissenschaft (IBW) und der Universität Heidelberg (vgl. Iller & Rathgeb, 2006). Befragt wurden Personalverantwortliche aus deutschen groß- und mittelständischen Unternehmen unterschiedlicher Branchen. Die Befragung zeigte, dass in den meisten deutschen Unternehmen die wachsende Bedeutung des Themas Demografie präsent ist. Allerdings verfügten nur 10% der Unternehmen über spezielle Personalentwicklungsmaßnahmen für ältere Beschäftigte. Bei den meisten Unternehmen sei für ältere Beschäftigte keine systematische Förderung (mehr) vorhanden (vgl. ebenda, 2006). Auch eine repräsentative Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in Unternehmen und Verwaltungen zeigt diesen Trend. Lediglich 17 Prozent aller teilnehmenden Betriebe führten Maßnahmen für ältere Belegschaften durch. Nur fünf

Prozent der Betriebe bezogen ihre älteren Beschäftigten in Weiterbildungsmaßnahmen ein (vgl. Bellmann et al., 2006).

Der betriebliche Handlungsdruck des demografischen Wandels wurde von vielen Unternehmen in den vergangenen Jahren kurzzeitig durch den Personalabbau älterer Arbeitskräfte vermeintlich entschärft (vgl. Pack et al., 2000; Adenauer, 2002). Mögliche Gründe dafür sind in bestimmten gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen so zum Beispiel in Vorruhestandsregelungen (vgl. Busch, 2004), altersbedingten, höheren Löhnen (Senioritätsentlohnung) (vgl. Becker et al., 2006,) und auch in einem negativ geprägten Altersbild zu vermuten (vgl. Kapitel 2.2.3; Fooker, 1998; Kite et al., 2005; Köchling, 1995; Nübold & Maier, 2012; Schalk et al., 2010). Durch den vorzeitigen Personalabbau der älteren Beschäftigten war eine personalpolitische Ausrichtung auf ein längeres Berufsleben kurzfristig nicht erforderlich und die Notwendigkeit entfiel, Ältere langfristig im Unternehmen zu halten und sie in betriebliche Weiterbildungsmaßnahmen einzubeziehen (vgl. Mendius, 2002, S. 37). Vor diesem Hintergrund deutet sich an, dass Unternehmen offenbar erst dann verstärkt auf eine (Weiter-) Beschäftigung Älterer setzen, wenn sich deutlich Rekrutierungs- bzw. Personalanpassungsprobleme ergeben (vgl. Döhl et al., 1998, S. 2). Angesichts knapper finanzieller Ressourcen der Rentenversicherungsträger und der veränderten Gesetzeslage wird der Personalabbau älterer Beschäftigter künftig schwieriger werden (vgl. Aner et al., 2007). Auch ist die Kenntnis in den Unternehmen gewachsen, dass mit den älteren Beschäftigten wertvolles Know-how das Unternehmen verlässt (vgl. Pack et al., 2000).

Zusammenfassend deuten die aufgeführten Ergebnisse darauf hin, dass die Gruppe der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bisher nur bei den größeren Unternehmen an Wichtigkeit zunimmt. Dafür können verschiedene Gründe ursächlich sein. Zum einen kann der Anteil älterer Beschäftigter hier generell höher liegen als in kleineren Organisationen; zum zweiten können größere Organisationen über mehr personelle und finanzielle Ressourcen verfügen als kleinere Unternehmen (vgl. Sporket, 2011, S. 160). In den Unternehmen scheint die Haltung zu wachsen, die Ressourcen älterer Beschäftigter zu nutzen (vgl. Becker et al., 2006, S. 83). Die Ergebnisse verschiedener Befragungen deuten darauf hin, dass die Unternehmen sich der Notwendigkeit des Handelns bewusst sind; allerdings scheint eine konsequente Umsetzung bestehender Systeme zu einem ganzheitlichen alternsgerechten Demografiekonzept nicht allumfänglich stattzufinden (vgl. Hans-Böckler-Stiftung, 2009; Kistler, 2008).

5.4 Zusammenfassung

Die Dienstleistungsbranche scheint durch den Wegfall körperlicher Tätigkeiten gut für ältere Beschäftigte geeignet zu sein. Vermutlich wirken sich zum Beispiel die Anforderungen der Emotionsarbeit aufgrund des Erfahrungswissens und der sozialen Kompetenz der älteren

Beschäftigten positiv auf den Dienstleistungsprozess aus. Bedingt durch den weiteren Ausbau der Technik in den Dienstleistungsbereichen erfordern diese Tätigkeiten jedoch zunehmend komplexere und sich stets wandelnde Kenntnisse und Fertigkeiten, die nur bedingt an das Erfahrungswissen der Älteren anknüpfen. Diese Kenntnisse und Fertigkeiten werden in den Unternehmen eher bei Jüngeren vermutet und als Risikokomponente in der Fachliteratur unter dem Begriff Altersstereotype gebündelt. So sind oft individuelle Berufswege mit den Effekten klassischer Altersstereotype eng verbunden, die dem Defizitmodell des älteren Beschäftigten folgen. Weitere mögliche Risikofaktoren bei älteren Beschäftigten im Vergleich zu ihren jüngeren Kollegen werden in einem höheren Krankheitsrisiko und einem höheren Qualifikationsrisiko vermutet. Beide Risiken entwickeln sich sukzessive im Laufe der Arbeits- und Berufsbiografie des älteren Menschen. Ältere Beschäftigte brauchen in der sich schnell wandelnden Dienstleistungsbranche gezielte Weiterbildung und zeigen auch eine hohe Bereitschaft diese wahrzunehmen. Mit Blick auf die angenommenen Entwicklungen in der Altersstruktur der Dienstleistungsunternehmen scheint die stärkere Berücksichtigung der älteren Beschäftigten von Bedeutung zu sein. Erfolgt diese nicht, so laufen ältere Beschäftigte Gefahr, dass ihre ehemals erworbenen Kompetenzen bei der Einführung neuer Technologien, Prozesse und Strukturen abgewertet werden.

Dieser Entwicklung kann vermutlich mit gezielten Maßnahmen begegnet werden, was jedoch bei den Unternehmen noch zu wenig zu erfolgen scheint. Das folgende Kapitel widmet sich möglichen Unternehmensmaßnahmen, die diesen Entwicklungen dienlich zu sein scheinen. Diese Maßnahmen bilden gleichzeitig den konzeptionellen Rahmen, für die dieser Arbeit zugrundeliegende empirische Untersuchung.

6. Demografiemanagement in Unternehmen

Durch die demografischen Entwicklungen stehen Unternehmen vor der Herausforderung, bestehende Entwicklungs- und Förderprozesse an die neuen Altersstrukturen anzupassen, um die Beschäftigungsfähigkeit zu sichern. Im Folgenden wird darauf eingegangen, welche präventiven Demografie-Strategien für Unternehmen in der Literatur diskutiert werden. Demografiebasierte Maßnahmen im deutschsprachigen Raum werden in ihrer Vielfalt und Aktualität dargestellt und hinsichtlich der jeweiligen Handlungsfelder analysiert und bewertet. Im Rahmen dieser Bestandsaufnahme erfolgt die Formulierung grundlegender Überlegungen für demografiebasierte Handlungsfelder. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wird die Ableitung und Formulierung des handlungsrelevanten Demografiemanagements vorgenommen. Daraus wird im empirischen Teil dieser Arbeit die unabhängige Variable abgeleitet.

6.1 Facetten des Demografiemanagements

6.1.1 Demografiebasierte Konzepte

Eine längere Arbeitszeit durch ein höheres Rentenalter und weniger Frühpensionierungen führen zu der zentralen Herausforderung, die Beschäftigungsfähigkeit schon sehr früh, also in jungen Jahren, zu stärken (vgl. Höpflinger, 2008, S. 30). Demografierelevante Maßnahmen müssen zwar an die aktuelle Situation anknüpfen, werden aber erst in der Zukunft wirksam. Diese Tatsache kollidiert mit kurzfristigen Unternehmenszielen, die in einer sich rasch wandelnden Arbeitswelt notwendig sind (vgl. Dievernich & Endrissat, 2010). Um den Folgen des demografischen Wandels in den Unternehmen zu begegnen, werden in der Literatur eine Reihe von unterschiedlichen Anforderungen, Rahmenbedingungen und Maßnahmen formuliert (vgl. Frerichs, 2016) und mit verschiedenen Begriffen und Handlungsansätzen beschrieben (vgl. Benz, 2010). Mit Blick auf das dieser Arbeit zugrundeliegende Konzept des handlungsrelevanten Demografiemanagements scheint es zunächst wichtig, die verschiedenen Begriffe und das damit verbundene Grundverständnis verschiedener Ansätze zu skizzieren.

Alters- und Alternsmanagement

Altersmanagement ist als Ansatz zu verstehen, der sich nicht ausschließlich auf die betriebliche Ebene konzentriert, sondern geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen ebenso wie die individuellen Perspektiven der Beschäftigten integriert (vgl. Ilmarinen & Tempel, 2002). Es gilt, Alter und altersbedingte Faktoren der Beschäftigten im gesamten Arbeitsprozess zu berücksichtigen (vgl. Brandenburg & Domschke, 2007; Ilmarinen, 2005). Während Altersmanagement eher für korrektive Maßnahmen zu stehen scheint, scheint der Ansatz des Alternsmanagement eher auf prä-

ventive, prozessorientierte Maßnahmen abzielen (vgl. Frerichs, 2014; Gottwald & Zschunke, 2010). Alternsmanagement berücksichtigt, dass Altern im Zusammenhang mit den jeweiligen Arbeits- bzw. Lebensbedingungen steht. Ein möglicher Rückgang berufsrelevanter Leistungspotenziale in höherem Lebensalter sei nicht allein durch biologische Abbauprozesse bedingt (vgl. BMFSFJ, 2008; Flüter-Hoffmann, 2006, 2010a, 2010b; Frerichs, 2016; Hasselhorn & Ebener, 2014; Sporket, 2009). Im Rahmen einer europäischen Studie beschreibt Sporket (2016) „Gute Praxis des Alternsmanagements“ an drei Gesichtspunkten: Beschäftigte werden aufgrund ihres Alters nicht benachteiligt, Arbeitsprozesse ermöglichen ein gesundes und motiviertes Arbeiten bis ins höhere Erwerbsalter und sowohl die Beschäftigten als auch das Unternehmen profitieren (vgl. ebenda, 2016, S. 116).

Im Rahmen von Lebensphasen-Ansätzen wird honoriert, dass Menschen eine Vergangenheit mit sich tragen und gleichzeitig Erwartungen an die Zukunft haben (vgl. Kruse, 2009; Schalk et al., 2010). Vertreter dieser Ansätze heben hervor, dass Alternsmanagement sowohl für das Unternehmen als auch für die Beschäftigten profitabel sein müsse und Beschäftigte nicht aufgrund des Alters benachteiligt werden dürfen (vgl. Naegle & Sporket, 2010). Oldenbourg & Ilmarinen (2010) sprechen von einer lebenslauforientierten Arbeitsfähigkeit, da diese am Bild des Lebenslaufs (*life course*) das Leben als einen stetigen Wandel von Höhen und Tiefen beschreibt. Der Begriff des Lebenszyklus (*life cycle*) lasse eher die Sichtweise des Lebens als Berg vermuten. Es gehe zunächst aufwärts, um dann in einer Talfahrt des Älterwerdens bergab zu laufen (vgl. ebenda, 2010, S. 440).

Age Diversity befasst sich mit den Auswirkungen der Stigmatisierung älterer Beschäftigter. Ziel ist es, Altersdiskriminierungen in den Betrieben abzubauen und die Zusammenführung der Potenziale aller Generationen sinnvoll zu bündeln (vgl. Becker, 2011; Bender, 2010; Klaffke, 2013). Die Herausforderung des Generationen-Managements liegt darin, die gesamte Erwerbsbiografie eines Beschäftigten zu berücksichtigen (vgl. Grabbe & Richter, 2014). Um bei den Unternehmen Akzeptanz zu erreichen, muss der ökonomische Nutzen für diese herausgestellt werden (vgl. Bender, 2010).

Demografiemanagement

Ansätze zum Demografiemanagement lassen ein umfangreicheres Verständnis demografierelevanter Maßnahmen vermuten. Im Mittelpunkt dieser Konzepte steht das Verständnis, dass eine gesamte Organisation maßgebliche Veränderungen initiieren muss (vgl. Deller et al., 2008). Unter dem Begriff Demografiemanagement sind insbesondere Maßnahmen der Organisationsentwicklung subsummiert (vgl. Geithner et al., 2016). In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass es weniger um die Neuentwicklung, als um die Bereicherung bestehender Instrumente um demografierelevante Themen geht (vgl. Deller et al., 2008; Schirmer, 2016). Wichtig scheint die Einbindung von Eigenverantwortung der Beschäftigten sowie die Integration der unterschiedlichsten inner- sowie außerbetrieblichen Akteure zu sein (Hoß et al., 2013).

Die Wirkung entsprechender Maßnahmen sind maßgeblich und wechselseitig von der Kultur des Unternehmens, den Führungsgrundsätzen und der Bereitschaft der Beschäftigten abhängig (vgl. Jaeger, 2015b). Gerade deshalb ist kein allgemeingültiges Schema geeignet; vielmehr braucht Demografiemanagement in jedem Unternehmen seinen eigenen „Maßanzug“ (vgl. Stracke et al., 2016, S. 57). Es wird die Annahme formuliert, dass es künftig nicht ausreichen wird, nur die organisationalen-, Führungs- und Gesundheitsfragen isoliert zu bewältigen. Es ist offenbar dringend notwendig, die Facetten des Gesundheits-, Demografie-, Diversitäts- und Innovationsmanagements zu bündeln und im Rahmen eines integrierten Unternehmenskonzeptes als Querschnittsaufgabe zu organisieren. Durch die Personalabteilungen scheint diese Aufgabe allein nicht leistbar; vielmehr müssen Führungs- und Managementaufgaben im täglichen, operativen Handeln koordiniert erfolgen (vgl. Blancke et al., 2000; Freidank et al., 2011; Kastner, 2014; Langhoff, 2009).

Demografieorientierte Konzepte folgen diesem Grundgedanken und deuten das Verständnis eines Veränderungsprozesses an, der die gesamte Organisation, alle Funktionsebenen und Altersstufen betrifft, eine geraume Zeit in Anspruch nimmt und die Bereitstellung ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen fordert (vgl. Bertelsmann Stiftung & Mercer, 2012). Die Anwendung führt dazu, dass Unternehmen im Rahmen einer Win-Win-Situation für alle Beteiligten mittel- und langfristig demografiefest und wirtschaftlich bleiben (vgl. Schweitzer & Bossmann, 2014). Die relevanten Handlungsfelder werden in einer Reihe von kongruenten und gleichermaßen differenzierten Maßnahmen beschrieben.

An diesem Verständnis orientiert sich das im Rahmen dieser Arbeit entwickelte Konzept des handlungsrelevanten Demografiemanagements, dessen Begründung und Herleitung in den nächsten Abschnitten erfolgt.

6.1.2 Demografiebasierte Maßnahmen

So vielfältig die existierenden Terminologien sind, so vielfältig werden in der Literatur auch diverse demografiebasierte Handlungsfelder und daraus entwickelte Maßnahmen, Instrumente und Werkzeuge (*Tools*) präsentiert. Die Ansätze basieren auf verschiedenen konzeptionellen Grundlagen sowie unterschiedlichen Forschungsrichtungen. Das methodische Vorgehen variiert von *Best-Practice* Beispielen, Fallanalysen, Interviews bis hin zu Befragungen. Hinreichend dokumentierte, publizierte Evaluationen und Ursachenanalysen für Erfolg und Misserfolg dieser Maßnahmen liegen nicht vor (vgl. Frerichs, 2016; Kistler, 2008). Durch betriebspezifische Ausgangslagen, regionale und beschäftigungsspezifische Unterschiede ist zu berücksichtigen, dass nicht jede formulierte Maßnahme für jedes Unternehmen in den unterschiedlichen Branchen und Unternehmensgrößen gleichermaßen erfolgreich eingesetzt werden kann (vgl. Adenauer, 2015; Schirmer, 2016; Sporket, 2009).

Die in den 2000er Jahren dokumentierten Unternehmensaktivitäten im Umgang mit dem demografischen Wandel konzentrieren sich im Wesentlichen auf industrienähe Branchen mit physisch anstrengenden Tätigkeiten. Die formulierten Maßnahmen bezogen sich dabei hauptsächlich auf den Aspekt der körperlichen Belastung und spiegelten sich in Frühpensionierungen und der Einrichtung von Schonarbeitsplätzen wieder (vgl. Freidank et al., 2011). Eine wichtige Voraussetzung für die optimale Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wurde in deren stetiger Entwicklung beruflicher Kompetenzen sowie in einem (alters-)angepassten Arbeitsumfeld gesehen (vgl. ebenda, 2011). Der Dienstleistungsbereich wurde im Hinblick auf demografie-relevante Maßnahmen in der Vergangenheit eher vernachlässigt (vgl. Deller et al., 2008; Nübold & Maier, 2012). Vielmehr erfolgte in der Literatur die Dokumentation einer Reihe einzelner, unterschiedlicher Maßnahmen, die auch förderlich für die Dienstleistungsbranche sein könnten (vgl. Kistler, 2008).

Es liegen eine Reihe von *Best-Practice*-Beispielen aus Unternehmen vor, die mögliche demografie-relevante Handlungsfelder formulieren (vgl. Brandenburg & Domschke 2007; Deller et al., 2008; Klaffte, 2013; Schweitzer & Bossmann, 2013). So wurden Projekte beauftragt und gefördert vom BMBF (vgl. Geithner et al., 2015; Stracke & Haves, 2013), veröffentlicht von Institutionen, zum Beispiel dem Institut für Wirtschaft (vgl. Flüter-Hoffmann, 2006; Stettes 2009, 2012) oder dem Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e.V. (vgl. Adenauer, 2015). Nicht zuletzt werden wissenschaftliche Veröffentlichungen aus unterschiedlichen Forschungsrichtungen formuliert, so zum Beispiel interdisziplinär (vgl. Becker, 2011), aus der Gesundheitspsychologie (vgl. Schuett, 2014), der Arbeitspsychologie (vgl. Jaeger, 2015a, 2015b) dem Arbeitsschutz und der Arbeitsmedizin (vgl. Ilmarinen, 2002, 2005, 2011; Freidank et. al., 2011, Rimbach, 2013; Hasselhorn & Rauch, 2013), der Gerontologie (vgl. Kruse, 2009; Frerichs, 2014, 2016) den Sozialwissenschaften (vgl. Sporket, 2009, 2011) und den Betriebs- und Wirtschaftswissenschaften (vgl. Berblinger et al., 2013; Bieling, 2011; Geithner, et al., 2016; Hoß et al., 2013; Schirmer, 2012, 2015, 2016).

Einige Konzepte basieren auf explorativen Studien, die sich wiederum in Ausrichtung und Zielrichtung unterscheiden. So ermittelten einige Studien, welche Handlungsfelder für Unternehmen zielführend sind, während andere den Umfang oder den Grad des Demografiemanagements in den Unternehmen in den Fokus stellen. Im Folgenden werden fünf ausgewählte Studien zum Demografiemanagement in Unternehmen vorgestellt, die einem wissenschaftlich-methodischen Ansatz entsprechen.

6.1.3 Demografiebasierte Maßnahmen und Handlungsfelder in deutschen Unternehmen

Becker (2011) legt personalwirtschaftliche Handlungsempfehlungen und empirische Befunde für

ein demografiefestes Talentmanagement vor. Dazu wurde an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 2008 ein interdisziplinäres Forschungsprojekt zum *Age Diversity Management* (ADM) durchgeführt. Auf dieser Grundlage sollten Gestaltungshinweise für eine demografiefeste Personalarbeit vorgelegt werden. Das Forschungsdesign bestand in formulierten Handlungskompetenzen (Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz) und in der Zuordnung relevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten, die als besonders wichtig eingestuft wurden. 14 deutsche Unternehmen verschiedener Branchen beteiligten sich an der empirischen Datenerhebung. Die Befragten waren zwischen 17 und 63 Jahre alt. Probanden, die 45 Jahre oder älter waren, zählten zu den älteren Beschäftigten. Aus den Erkenntnissen wurden Anforderungen an eine demografiefeste Personalarbeit formuliert, die sich in fünf Handlungsfeldern widerspiegeln, und zwar: Karriere- und Nachfolgeplanung, Personalentwicklung, Gesundheitsmanagement, flexible Arbeitszeitgestaltung, Beschaffung und Auswahl. Wichtig scheint dabei, dass die Altersstruktur analysiert, die Beschäftigten für die Fakten der demografischen Entwicklungen sensibilisiert werden und dass zum Beispiel für jede Altersgruppe optimale Lernbedingungen geschaffen werden (vgl. ebenda 2011, S. 52f).

Ziel einer betriebswirtschaftlich ausgerichteten, explorativen Studie von Berblinger et al. (2013) war es herauszufinden, inwieweit die Bemühungen des Demografiemanagements in den Unternehmen gediehen sind und welche Handlungsfelder bereits genutzt werden. Die Autoren formulieren fünf zu Becker (2011) vergleichbare Handlungsfelder des Demografiemanagements: Arbeitsorganisation, Karrieremöglichkeiten, Weiterbildungsmaßnahmen, Gesundheitsmanagement und Mitarbeitengewinnung. Eine Herleitung der Handlungsfelder wurde nicht explizit dargestellt. Demografiemanagement erfolgreich umzusetzen liegt laut den Autoren dann vor, wenn die Organisationen bereits Messgrößen für ein erfolgreiches Demografiemanagement definieren, deren Ausprägungen festgelegt und daraus Maßnahmen abgeleitet und implementiert haben. Diese Unternehmen befinden sich bereits in der Phase des Controllings und der Qualitätssicherung, um die Maßnahmen im Hinblick auf ihre Erfolgswirksamkeit zu untersuchen und gegebenenfalls anzupassen. Das Ergebnis der Studie macht deutlich, dass die im Hinblick auf Demografiemanagement besser aufgestellten Unternehmen mindestens fünf Jahre brauchten, um zumindest in ausgewählten Handlungsfeldern die Prozesskette von der Sensibilisierung über die Ableitung von Handlungsmaßnahmen und deren Implementierung bis hin zur Kontrolle zu durchlaufen (vgl. Berblinger et al., 2013, S.393ff).

Die arbeitswissenschaftliche Studie von Freidank et al. (2011) hinterfragt die Auswirkungen des demografischen Wandels in den Branchen der Metall- und Elektroindustrie, der Chemie- und Pharmaindustrie und des Einzelhandels. Die Autoren gehen der Fragestellung nach, was die Gründe für die Zurückhaltung der Betriebe im Bereich des Demografiemanagements sind. Das Fazit der Studie ist, dass für die Blockaden auf betrieblicher Ebene die Vorruhestandskultur und die notwen-

dige langfristige Arbeits- und Personalentwicklungspolitik verantwortlich scheint. Basis des formulierten Konzepts bilden die Gestaltungsfelder altersspezifischer und altersgerechter Beschäftigungs- und Arbeitspolitik im Betrieb in Anlehnung an Morschhäuser et.al. (2003). Diese sind: Führung und Unternehmenskultur (z.B. Führungskräftebildungen), Analyseinstrumente (z.B. Altersstrukturanalysen, Gefährdungsbeurteilungen), Qualifizierung und Weiterbildung (z.B. Qualifizierung für Ältere), Gesundheitsmanagement (z.B. Gesprächskreise, Ergonomie), Personalpolitik (z.B. Lebensarbeitskonten, Sabbaticals) und Arbeitspolitik (z.B. flexible Arbeitszeitregelungen, altersgemischte Teams) (vgl. ebenda, 2003; Freidank et al., 2011).

Die betriebswirtschaftliche Onlinestudie von Geithner et al. (2016) an der TU Dresden ermittelte wie Unternehmen die demografische Entwicklung wahrnehmen und welche demografiespezifischen Instrumente des Personal- und Organisationsmanagements genutzt werden. Die Befragung erfolgte an deutschen Unternehmen im Wesentlichen aus dem verarbeitenden Gewerbe, gefolgt vom Gesundheits- und Sozialwesen und sonstigen Dienstleistungen. Im Ergebnis wird von den Befragten der demografische Wandel als eine zentrale Herausforderung für Unternehmen in Deutschland bewertet. Bezogen auf das eigene Unternehmen erfolgt die Einschätzung allerdings als weniger wichtig als für deutsche Unternehmen insgesamt. Daraus wird ein Demografieansatz skizziert, der fünf Handlungsfelder berührt: Formulierung einer Personalstrategie, die Personalstruktur und Altersstrukturanalyse beinhaltet, berufliche Qualifizierung und Weiterbildung, Wissensmanagement, Personalgewinnung und -bindung sowie altern(s)gerechte Arbeitsgestaltung (vgl. ebenda, 2016).

Die Demografie-Exzellenz Studie von Schirmer (2012) wurde 2009 in Baden-Württemberg bei überwiegend mittelständigen Unternehmen durchgeführt. Das zentrale Ergebnis der explorativen Studie zeigt, dass geeignete personalpolitische Maßnahmen zur Bewältigung demografischer Herausforderungen in den Unternehmen noch in zu geringem Maß etabliert sind. Auf Basis dieser regionalen Studie erfolgte anschließend eine deutschlandweite Online-Befragung (vgl. Schirmer, 2016). Auch hier stellt ein zentrales Ergebnis die Tatsache dar, dass in vielen Handlungsfeldern des Demografiemanagements immer noch erheblicher Optimierungsbedarf besteht. Insbesondere die strategische Verankerung des Themas ist noch unzureichend und eigenständige Budgets für Demografiemaßnahmen stehen kaum zur Verfügung. Beide Studien basieren auf den formulierten 10 Handlungsfeldern demografieorientierten Personalmanagements des „Lörracher Modells“ (vgl. Schirmer, 2015), und zwar: Kultur und Strategie, Mitarbeiterführung, Demografie-Controlling, Lebenslanges Lernen, Gesundheitsmanagement, Retention, Anreizsysteme, Karrieremanagement, Diversity Management, Wissensmanagement. Als zentrale Annahme wird formuliert, dass die Instrumente eines Demografiemanagements erst dann wirksam sein können, wenn sie in der Strategie und Kultur des Unternehmens verankert sind (vgl. Schirmer, 2016).

Die Übersicht der geschilderten Studien macht deutlich, dass es ein einheitliches, evaluiertes Konzept zu demografiebasierten Maßnahmen nicht gibt und dass auch explizit für Dienstleistungsunternehmen keines vorliegt. Zusammenfassend zeigen die exemplarisch dargestellten Studien eine Reihe von explorativ eruierten Handlungsfeldern mit spezifischen Maßnahmen, die keine repräsentativen Aussagen zuzulassen scheinen.

6.1.4 Herleitung demografiebasierter Handlungsfelder für Dienstleistungsunternehmen

Den berichteten Studien ist die Empfehlung gemeinsam, dass demografiebasierte Maßnahmen im Rahmen eines langfristig angelegten Gesamtkonzepts unternehmensweit eingeflochten, permanent unterstützt und als unternehmerische Daueraufgabe betrachtet werden sollten (vgl. Frerichs, 2016; Hasselhorn & Ebener, 2014; Hoß et al., 2013; Kastner, 2014). Die einzelnen Aktivitäten sollten aufeinander abgestimmt und mögliche Wechselwirkungen berücksichtigt werden (vgl. Morschhäuser et al., 2008). Die Formulierung von systematischen, personalstrategischen integrierten Maßnahmen sowie die Sensibilisierung für die Fakten des demografischen Wandels ist für alle Altersklassen wichtig (vgl. Becker, 2011; Gottwald & Zschunke, 2010; Rimbach, 2013). Allerdings sind notwendige Anpassungen und Einzelmaßnahmen altersabhängig umzusetzen (vgl. Oldenbourg & Ilmarinen, 2010). Demografiebewusste Dienstleistungsunternehmen können als solche betrachtet werden, die betriebliche Herausforderungen des demografischen Wandels präventiv, systematisch und mit geeigneten Instrumenten so regeln, dass Motivation, Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten erhalten bleiben und entwickelt werden (vgl. Latniak, 2013, S. 155f).

Diesen formulierten Empfehlungen werden in der Literatur Handlungsfelder und Maßnahmen zugeordnet, die wiederum als mögliche Antwort auf die beschriebenen Herausforderungen des demografischen Wandels zu verstehen sind. Die genannten Handlungsfelder berühren insbesondere die Unternehmensstrategie, Personalpolitik, Arbeitsorganisation und Arbeitszeit, Führung, Qualifizierung sowie den Gesundheits- und Arbeitsschutz (vgl. ebenda, 2010; BMFSFJ, 2010; Brüssig & Bellmann, 2008; Deller et. al., 2008; Hans-Böckler-Stiftung, 2009).

Um den großen Umfang der in der Literatur beschriebenen Handlungsfelder und der daraus resultierenden Maßnahmen zu konzentrieren, wurden im Rahmen einer eigenen Inhaltsanalyse maßgebliche Handlungsfelder für Dienstleistungsunternehmen kategorisiert (vgl. Mehrhoff-Gerulat, 2016). Mithilfe einer kategorialen Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) wurden vier relevante Handlungsfelder für den Umgang mit dem demografischen Wandel in Dienstleistungsunternehmen gebündelt. Eine Darstellung findet sich im Anhang (A 3). Die vier formulierten Handlungsfelder sind: Unternehmens- und Führungskultur, Analyse und Organisation, alternsgerechte Qualifikationsangebote und Gesundheitsmanagement. Das Ergebnis ist Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Handlungsrelevantes Demografiemanagement für Dienstleistungsunternehmen (vgl. Mehrhoff-Gerulat, 2016).

Handlungsfeld	Durch den demografischen Wandel entstehende Herausforderungen in Dienstleistungsunternehmen	Handlungsrelevantes Demografiemanagement. Mögliche Maßnahmen, diesen Herausforderungen zu begegnen
Unternehmens- und Führungskultur	Stereotype Altersbilder Emotionsarbeit im Kundenkontakt und Wertschätzung durch Führung	- Führungskultur - Förderung des Dialogs zwischen den Altersgruppen - altersneutrales Einsetzen von Fähigkeiten - strategische Position schaffen
Analyse und Organisation	Anteil der älteren Beschäftigten in Dienstleistungsunternehmen steigt. Psychische Belastung durch Dienstleistungsarbeit.	- Altersstrukturanalyse - Work Ability Index - Gefährdungsbeurteilung - Qualitätsanalyse
Alternsgerechte Qualifikationsangebote	Verändertes Leistungsbild, stetige und differenzierte Lernentwicklung und Veränderungstempi	- Lebensbegleitendes Lernen - Lernen vom Berufseintritt bis in den Ruhestand - Wissensmanagement - Entwicklung am individuellen Bedarf orientiert
Gesundheitsmanagement	Verändertes Leistungsbild und Aufrechterhaltung von Gesundheit	- Betriebliche Gesundheitsförderung - Betriebliches Eingliederungsmanagement - Arbeitsschutz

Diese Handlungsfelder sind als Maßnahmen und Lösungsansätze zu verstehen, die sich auf alle Phasen des Berufslebens beziehen und die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der heute noch jüngeren Beschäftigten ebenso berücksichtigen wie die Integration der heute schon älteren Beschäftigten (vgl. Buck & Schletz, 2004, Fookien, 1998; Kistler, 2008). Die vier vorgestellten Handlungsfelder werden im Folgenden stärker ausdifferenziert.

6.2 Handlungsrelevantes Demografiemanagement

6.2.1 Unternehmens- und Führungskultur

Eine wichtige Voraussetzung für das Engagement älterer Beschäftigter scheint vor allem von einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur sowie entsprechenden Führungsgrundwerten abzuhängen (vgl. Kolland, 2010; Jaeger, 2015a). In der Literatur wird die Notwendigkeit einer Neuausrichtung der Unternehmensstrategie formuliert, die mit einer wertschätzenden, realistischen Verortung des Alterns einhergeht (vgl. Bender, 2007; Mitterhofer et al., 2010; Schirmer, 2016; Trenckhoff, 2010). Im Rahmen des Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2008) wurden als besonders wichtige Faktoren für den Umgang mit älteren Beschäftigten Fairness, Respekt, Teamorientierung und individuelle Förderung der Beschäftigten ermittelt (vgl. Klaffke, 2013, S. 7). Die Auffassung, dass ältere Beschäftigte eine Last darstellen, derer man sich schnell entledi-

gen sollte, kann als Ausdruck einer altersfeindlichen, jugendzentrierten Unternehmenskultur betrachtet werden und widerspricht der geforderten Vielfalt (vgl. Brandenburg & Domschke, 2007, S. 111). Auch Anerkennung und Wertschätzung am Arbeitsplatz scheinen wichtige Voraussetzungen für die Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter zu sein. Maßnahmen, die dies berücksichtigen, können zum Beispiel die Zugehörigkeit zu einem festen Team statt zu einem Arbeitskräftepool sein (vgl. Bossmann & Eck, 2013, S. 70).

Eine Befragung von 100 deutschen Unternehmen zeigt, dass Maßnahmen zur Unternehmenskultur bisher nur in geringem Umfang berücksichtigt werden. Nur 8 Prozent der Unternehmen hat das Thema Demografie in den Unternehmensleitlinien formuliert (Becker et al. 2006).

Ilmarinen & Tempel (2002) konnten in ihren Forschungen eine verbesserte Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten durch eine verbesserte Einstellung der Vorgesetzten gegenüber älteren Beschäftigten nachweisen. Das Ergebnis ihrer finnischen Längsschnittuntersuchung an mehr als 6000 Personen zeigte, dass neben Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung das Führungsverhalten einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten ausübt (vgl. Tempel & Ilmarinen, 2013, S. 76). Die Ergebnisse ihrer Studien lassen vermuten, dass gute Führung durch Vorgesetzte für ältere Beschäftigte sehr wichtig ist. Ilmarinen hat auch definiert, was gute Führung aus Sicht der Älteren ausmacht: positive Einstellung gegenüber dem Alter, Bereitschaft zur Kooperation, Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit zur individuellen Arbeitsplanung (vgl. Freude & Falkenstein, 2013, S. 17).

Auch Kastner (2014) beschreibt die Führungsaufgabe als einen kontinuierlichen Prozess des Zuhörens, Verstehens und Erklärens mit dem Ziel, Entscheidungen sowohl im Interesse des Unternehmens als auch der Beschäftigten treffen zu können.

Diesen Fokus unterstützt eine von Eck (2012) durchgeführte Untersuchung bei Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten. Sie hinterfragte den Zusammenhang von Arbeitsfähigkeit, beruflichen Zielen und die diesbezüglich erlebte Unterstützung durch Führung. Das Ergebnis zeigt, dass sich ältere Beschäftigte in den persönlich bedeutsamen beruflichen Zielen noch weniger von ihren Vorgesetzten unterstützt fühlen, als dies Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im mittleren Lebensalter tun. Abbildung 19 auf der folgenden Seite, verdeutlicht die wahrgenommene Führungskräfteunterstützung über die verschiedenen Altersgruppen und hebt hervor, dass ältere Beschäftigte die Unterstützung der Führungskräfte am meisten bräuchten, diese allerdings am wenigsten erleben (vgl. Bossmann & Eck, 2013).

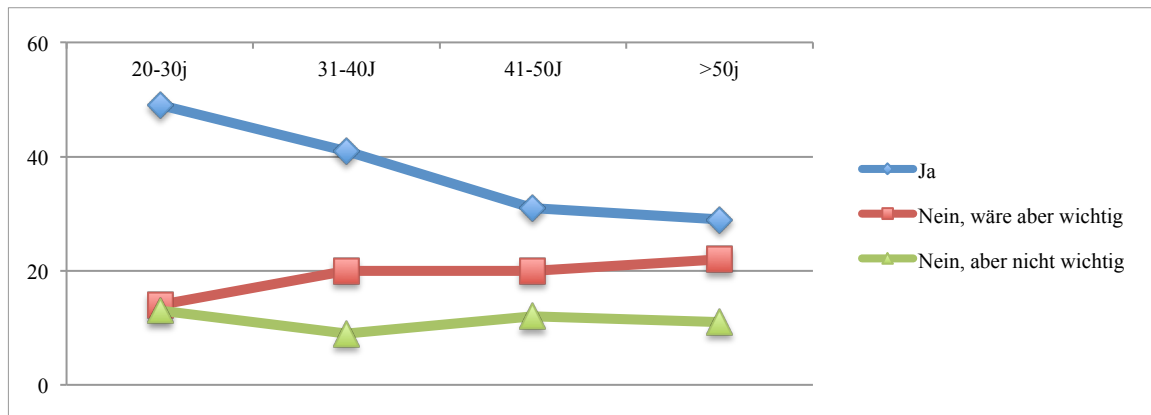


Abbildung 19: *Wahrgenommene Führungskräfteunterstützung in persönlich wichtigen Zielen* (Bossmann & Eck, 2013, S. 71).

Eine Studie mit Krankenschwestern an einem finnischen Universitätskrankenhaus ermittelte einen Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Führungsstilen und frühen Ruhestandsabsichten. Jobkontrolle, organisationale Gerechtigkeit und die wahrgenommene mitarbeiter- und aufgabenorientierte Führung waren eng mit der Arbeitszufriedenheit verbunden, und diese Kopplung ging wiederum mit früheren Ruhestandsabsichten einher (vgl. Koponen et al., 2016).

Durch den in der Arbeitswelt kontinuierlich präsenten Zeit-, Qualitäts-, Kosten-, und Konkurrenzdruck kann bei den Beschäftigten ein permanentes Stressempfinden entstehen (vgl. Kap. 3.2). Diese als mögliche Belastung empfundenen Stressoren können Unsicherheiten und Ängste bei den älteren Beschäftigten erzeugen, wenn sie als bedrohlich wahrgenommen werden und wenn die eigene Anstrengung im Missverhältnis zur erlebten Wertschätzung, zum Beispiel durch Führung steht (vgl. Siegrist, 1996). Die Verantwortung einer Führungskraft liegt darin, dafür Sorge zu tragen, dass entweder unter den gegebenen Rahmenbedingungen oder unter Veränderung der Rahmenbedingungen die Arbeit so organisiert wird, dass Mitarbeitende Zuversicht und Sinn empfinden (vgl. Hagemann, 2014).

Wichtig scheint es zu sein, die Qualität der Unternehmenskultur, Führung und der zwischenmenschlichen Beziehungen zu berücksichtigen (vgl. Badura et al., 2010). Die große Herausforderung der Führung im demografischen Wandel liegt darin, die Arbeitsprozesse und -inhalte an den Bedürfnissen, Kompetenzen und Fähigkeiten der älteren Beschäftigungsgruppe zu orientieren (vgl. Nübold & Maier, 2012). Diese demografierelevante Veränderung zu stützen und zu begleiten braucht eine durch die gesamte Organisation „eingeflochtene“ demografiefeste Unternehmens- und Führungskultur, die strategisch entwickelt und begleitet wird: „Organisationen mit einer ausgeprägten Kultur der Wertschätzung für Mitarbeitende jeden Alters haben gute Chancen, die anstehenden Hürden aus einer Position der Stärke heraus zu überwinden.“ (Perschke-Hartmann et al., 2012, S. 2) Diese Wertschätzungskultur, von der alle Beteiligten im Unternehmen profitieren, sollte im Leitbild und in der Führungskultur strategisch dokumentiert und verankert sein (vgl. Prospektiv

Gesellschaft für betriebliche Zukunftsgestaltungen mbh, 2017).

6.2.2 Analyse und Organisation

Ein weiteres Handlungsfeld des handlungsrelevanten Demografiemanagements stellt die strategische Analyse und Organisation dar. Dieses Handlungsfeld beinhaltet nicht nur Fragen des Altersprozesses, sondern es scheint für Unternehmen unerlässlich, die Zusammensetzung der Altersstruktur sowie die relevanten Aufgaben und Kompetenzen der Beschäftigten zu kennen, um die Auswirkung auf künftige Entwicklungen analysieren zu können (vgl. Kastner, 2014, S. 144). Damit wird es zunehmend wichtiger, eine vorausschauende, strategische Unternehmens- und daraus resultierende Personalplanung vorzunehmen. Grundlage dafür sind zum Beispiel Altersstrukturanalysen und -prognosen, die als Basis der Personalbedarfsplanung und Personalentwicklung verwendet werden (vgl. Kastner, 2010; Langhoff, 2009; Nienhüser, 2002). Solche Analysen zeigen auf, in welchem Bereich, wann, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter welchen Alters für eine mittel- und langfristig tragfähige Altersstruktur gebraucht werden (vgl. Eck et al., 2013).

Im Rahmen von Altersstrukturanalysen wird die Belegschaft in ihrer Gesamtzahl sowie nach Altersklassen differenziert erfasst. Es ist damit nicht nur schnell erkennbar, welche Jahrgänge in einem Unternehmen die Mehrzahl der Beschäftigten bilden, sondern auch ganz gezielt in welchen Unternehmensbereichen. Beschäftigtengruppen mit zum Beispiel bestimmten Kernkompetenzen können punktuell identifiziert werden (vgl. Köchling, 2000). Flüter-Hoffmann (2006) bezeichnet die Altersstrukturanalyse als einen wichtigen Baustein, um den aktuellen und künftigen Alters- und Qualifikationsstand eines Unternehmens zu analysieren. So können frühzeitige Nachfolgeplanungen, gezielte Qualifikations-, Personalentwicklungs- und/oder Organisationsentwicklungsmaßnahmen rechtzeitig strategisch geplant werden (vgl. Krins, 2013).

Der von Tuomi und Ilmarinen (2001) entwickelte Arbeitsbewältigungsindex (*Work Ability Index*) kann zum Beispiel als weiteres Analysehilfsmittel genutzt werden (vgl. Ilmarinen, 2005; Bethge et al., 2009). Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist es mit Hilfe gezielter Analysen möglich, die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der älteren Beschäftigten sowie ihr Potenzial als Kompetenztragende langfristig zu erhalten (vgl. Flüter-Hoffmann, 2006). Dadurch können innerbetriebliche Lernstrukturen entwickelt und ein konstruktives Zusammenarbeiten jüngerer und älterer Beschäftigter ermöglicht werden. Gleichzeitig wird die generationsübergreifende Weitergabe von Erfahrungswissen ermöglicht (vgl. Krins, 2013).

Diese strategischen Planungen und der kompetenzorientierte Personaleinsatz machen eine eigene Funktion im Unternehmen notwendig, so zum Beispiel eine Demografiefachkraft bzw. eine demo-

grafiebeauftragte Person (vgl. Berblinger et al., 2013, S. 384). Die Bereitstellung ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen einschließlich der Festlegung klarer Verantwortlichkeiten scheint wichtig zu sein (vgl. Bertelsmann Stiftung & Mercer, 2012, S. 8; Schirmer, 2016, S. 19).

6.2.3 Alternsgerechte Qualifikationsangebote

Qualifikation und Weiterbildung werden in der Literatur eine besondere Bedeutung zugeschrieben, da Wissen durch die sich ändernden Anforderungen und technischen Entwicklungen stetig aktualisiert werden muss. Durch diese beschleunigenden Veränderungen sind die Beschäftigten aller Altersgruppen von einem gesteigerten Lern- und Weiterbildungsbedarf betroffen (vgl. Mess & Walter, 2013; Roßnagel, 2010; Seyda & Werner, 2014): „In der Wissensgesellschaft des 21. Jahrhunderts stellt Wissen einen Vorteil dar, der mit einem oft sehr kurzen Haltbarkeitsdatum versehen ist.“ (Eichert & Hasiewicz, 2006, S. 20)

Nahezu alle Modelle, die sich mit alternsgerechten Maßnahmen beschäftigen, gehen darüberhinaus von der Annahme aus, dass alternsgerechte Weiterbildung dazu beitragen kann, die Fähig- und Fertigkeiten der (älteren) Beschäftigten den Neuerungen im technischen und organisatorischen Bereich anzupassen (vgl. Bellmann et al., 2006). Die Erhaltung der individuellen Leistungsfähigkeit sollte jedoch nicht erst im Alter ansetzen (vgl. Hoß et al., 2013; Sporket, 2009). Um die Teilnahmebereitschaft älterer Beschäftigter zu fördern, sollten vorherrschende Vorurteile gegenüber der Lern- und Leistungsfähigkeit im Alter abgebaut und das Vertrauen der Älteren in ihre Lernfähigkeit wieder gestärkt werden (vgl. Graf, 2007; Wassmann, 2015).

In der aktuellen Literatur scheint man sich vor diesem Hintergrund darüber einig zu sein, das künftig eine strategische alternsgerechte Qualifizierung von großer Bedeutung ist, um bei den älteren Beschäftigten den Betriebsverbleib und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten (vgl. Deller et al., 2008; Flüter-Hoffmann & Sporket, 2013; Frerichs, 2014; Tempel & Ilmarinen, 2013). Dennoch werden betriebliche Weiterbildungsaktivitäten für ältere Beschäftigte nur in sehr geringem Umfang von den Unternehmen eingeführt (vgl. Geithner et al., 2015; Hans-Böckler-Stiftung, 2009). Die Teilnahme an betrieblicher Weiterbildung steigt zunächst mit dem Alter der Beschäftigten um dann aber bei den Älteren wieder abzunehmen (vgl. Kistler, 2008, S. 61). Eine Befragung in den 100 größten deutschen Unternehmen ergab, dass sich 86 Prozent der unter 30-Jährigen und nur 25 Prozent der über 50-Jährigen weiterqualifizieren (vgl. Becker et al., 2006, S. 79).

Dadurch, dass ältere Beschäftigte nicht in gleichem Umfang an Lern- und Entwicklungsaktivitäten teilnehmen dürfen wie jüngere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kommt Maurer (2001) im Rahmen einer Literaturanalyse zu dem Ergebnis, dass Selbstwirksamkeit mit zunehmendem Alter beeinträchtigt wird. Nehmen ältere Beschäftigte dagegen an Entwicklungsmaßnahmen teil und

können neue Erfahrungen im Hinblick auf künftige Aufgaben sammeln, so hat dies positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartungen der älteren Beschäftigten (vgl. Mauer & Taruli, 1994; Noe & Wilk, 1993, zitiert nach Maurer, 2001). Der Autor bezieht sich auf Studien, die das Alter der Beschäftigten in Bezug auf die wahrgenommene Selbstwirksamkeit für die Entwicklung berufsrelevanter Fähigkeiten und die freiwillige Teilnahme an arbeitsrelevanten Lern- und Entwicklungsaktivitäten setzen. On-the-job-Entwicklungen und stets aktualisierte Lernerfahrungen lassen einen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter vermuten (vgl. ebenda, S.130).

6.2.4 Gesundheitsmanagement

Die Bedeutung des Arbeitsplatzes als ein Faktor für Gesundheit und Krankheit der Menschen aller Altersklassen wurde bei einer Reihe arbeitspsychologischer Untersuchungen nachgewiesen (vgl. Hacker & Sachse, 2014). Infolge des demografischen Wandels verstärkt eine steigende Anzahl von Unternehmen vor allem ihre Bemühungen im Gesundheitsmanagement, um die arbeitsrelevante Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten (vgl. Kistler, 2008, S. 12; Steinke & Badura, 2011, S. 113). Insbesondere in größeren Unternehmen ist eine gezielte Gesundheitsförderung festzustellen (vgl. Sievert et al., 2013). Umgekehrt beinhalten viele Veröffentlichungen zum Gesundheitsmanagement auch demografierelevante Themen. So findet sich zum Beispiel bei Mitarbeitenden mit Handicap oder Leistungseinschränkungen ein Großteil älterer Beschäftigter wieder (vgl. Bellmann et al., 2007; Holleder, 2016; Ulich & Wülser, 2015).

In den 2010er Jahren hat bereits eine Reihe von Unternehmen ein betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt. Flüter-Hoffmann (2010a) begründet die Zunahme der Maßnahmen damit, dass in Deutschland seit dem 1. Januar 2008 Unternehmen, die in die betriebliche Gesundheitsförderung investieren, finanziell entlastet werden. Maßnahmen des Arbeitgebers zur Gesundheitsförderung bleiben bis zu 500 Euro pro Beschäftigtem steuerfrei (vgl. ebenda, 2010a, S. 421). Deutsche Unternehmen werden somit im Rahmen eines weitreichenden und differenzierten gesetzlichen Regelwerks in der Gesundheitsförderung der Beschäftigten finanzielle unterstützt (vgl. Bamberg et al., 2004; Pieck et al., 2016). Zu den Maßnahmen zählen ärztliche Vorsorge und Betreuung, betriebliche Sport-, Bewegungs- und Präventionsangebote (Sucht, Ernährung, Stressmanagement etc.), psychosoziale Angebote (Beratung und Coaching) aber auch gesundes Kantinenessen oder ergonomische Arbeits- und Arbeitsplatzgestaltung (vgl. Eck et al., 2013, S. 29).

Solche Maßnahmen sind wichtig für die Bewältigung des demografischen Wandels, scheinen alleine jedoch nicht auszureichen, da sie meist völlig losgelöst von Personal- und Organisationsentwicklung stattfinden und die Möglichkeit zu nachhaltiger Umsetzung vermissen lassen (vgl. Kastner, 2014; Klaffke, 2013). So rief beispielsweise die Europäische Agentur für Sicherheit

und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) im Rahmen einer Kampagne 2016/17 zu einem Europäischen Wettbewerb für gute praktische Lösungen im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit auf („Gesunde Arbeitsplätze – für jedes Alter“). Ziel dieser Kampagne war es, Arbeitgebern dabei zu helfen, den Herausforderungen einer alternden Belegschaft zu begegnen. Gleichzeitig sollte das Bewusstsein verstärkt werden, dass nachhaltiges Arbeiten beziehungsweise Voraussetzungen, die dafür geschaffen werden, für das ganze Berufsleben bedeutsam sind.

Um einen langfristigen wirtschaftlichen Erfolg gewährleisten zu können, sind Dienstleistungsorganisationen daran interessiert, möglichst viele Beschäftigte gesund und in ihren jeweiligen Stärken arbeits- und leistungsfähig zu erhalten (vgl. Latniak, 2013, S. 159; Steinke & Badura, 2011, S. 113). Das Thema Gesundheitsmanagement nimmt deshalb heute in den Unternehmen einen recht hohen Stellenwert ein. Die Maßnahmen sind sowohl für die Beschäftigten als auch für die Unternehmen förderlich (vgl. Krins, 2013; Morschhäuser, 2002).

6.3 Zusammenfassung

Für die Dienstleistungsunternehmen stellt sich der demografische Wandel in vielfältiger Weise dar: Zum einen besteht die Gefahr, dass erfahrungsbasiertes Wissen aufgrund der steigenden Veränderungstempi verloren geht und notwendige Sozialkompetenzen vernachlässigt werden, vor allem dann, wenn der steigende prozessorientierte und technikbasierte Dienstleistungskontext die immer älter werdenden Beschäftigten nur wenig lern-, entwicklungs- und gesundheitsförderlichen Organisationskontexten aussetzt. Die vorgestellten Befunde zeigen sehr deutlich, dass angesichts der demografischen Entwicklungen altersorientierte Unternehmenspolitik, Analyse und Organisation, altersgerechte Qualifikationsangebote und Gesundheitsmanagement als elementare Bestandteile des handlungsrelevanten Demografiemanagements von großer Bedeutung zu sein scheinen. Diese vier Handlungsfelder sind offensichtlich überaus relevant für die Unternehmen und bilden die Grundlage der unabhängigen Variable für die folgende empirische Studie.

Wenn diese entwickelten Handlungsfelder durch gezielte, demografierelevante Maßnahmenbündel und nicht einzelne Maßnahmen in die Unternehmenspolitik langfristig integriert und ganzheitlich umgesetzt werden, scheinen sich die Möglichkeiten und Voraussetzungen im Hinblick auf den demografischen Wandel für die Dienstleistungsbranche positiv darzustellen. Durch die starken Wechselwirkungsprozesse des demografischen Wandels durch die Maßnahmen der Politik, der Unternehmen und des älteren Beschäftigten selbst, wird die Forschungslandschaft aller Fachdisziplinen stark gefordert.

Der empirische Teil dieser Arbeit widmet sich der Fragestellung, inwieweit handlungsrelevantes Demografiemanagement der Unternehmen in dem hier skizzierten Umfang in einem positiven Zusammenhang mit beruflichen Bewältigungsstrategien älterer Beschäftigter steht.

Empirischer Teil

7. Methoden der Untersuchung

In diesem Kapitel wird der Forschungsrahmen der Studie im Detail vorgestellt. Im ersten Abschnitt werden die Fragestellungen formuliert, die sich aus den Diskussionen des Theorieteils ergeben. Aus diesen Fragestellungen werden die zu überprüfenden Hypothesen abgeleitet. Der zweite Abschnitt enthält die Operationalisierung der abhängigen und unabhängigen Variablen. Im dritten Abschnitt werden die gewählten Methoden skizziert und im vierten Abschnitt das Untersuchungsdesign aufgezeigt.

7.1 Fragestellungen

7.1.1 Zielsetzung und allgemeine Fragestellungen

Der Anteil der älteren Beschäftigten in den Unternehmen wird zunehmen. Das Bild über das Alter(n) innerhalb eines Unternehmens prägt und beeinflusst den Umgang mit älteren Beschäftigten. Individuelle Altersbilder von älteren Personen und von Personen mit geringerer Bildung können mit einer negativeren Sicht auf das Älterwerden verbunden sein. Veränderungen im Hinblick auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter können möglicherweise durch gezielte Haltungen und Maßnahmen innerhalb der Unternehmen positiv beeinflusst werden. Zielsetzung dieser Arbeit ist es, zu analysieren ob handlungsrelevantes Demografiemanagement der Dienstleistungsunternehmen (kurz: Unternehmen) im Zusammenhang mit Selbstwirksamkeitserwartungen und beruflichem Bewältigungsverhalten (zusammengefasst: Bewältigungsstrategien) älterer Dienstleistungsbeschäftigter steht. Im Verständnis der vorliegenden Studie werden Ausprägungen des handlungsrelevanten Demografiemanagements, sowie des Gesundheitsmanagements als ein wichtiges Handlungsfeld des handlungsorientierten Demografiemanagements mit unterschiedlichen Kategorien von 0-3 (niedrigen bis hohen) Demografie- und Gesundheitsgraden festgelegt.

Folgende zentrale Fragestellungen lassen sich aus den Überlegungen ableiten:

Selbstwirksamkeitserwartungen

- Steht handlungsrelevantes Demografiemanagement der Unternehmen mit Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter im Zusammenhang?
- Steht das Gesundheitsmanagement der Unternehmen mit Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter im Zusammenhang?

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (Bewältigungsverhalten)

- Steht handlungsrelevantes Demografiemanagement der Unternehmen mit arbeitsbezogenem Verhalten und Erleben älterer Beschäftigter im Zusammenhang?
- Steht das Gesundheitsmanagement der Unternehmen mit arbeitsbezogenem Verhalten und Erleben älterer Beschäftigter im Zusammenhang?

Um den Zusammenhang des Demografiemanagements mit Selbstwirksamkeitserwartungen und beruflichem Verhalten und Erleben zu prüfen, werden konkrete Wirksamkeitshypothesen abgeleitet und in den nächsten Abschnitten beschrieben.

7.1.2 Zusammenhang von Demografiemanagement und Selbstwirksamkeitserwartungen

Angenommen wird, dass die Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten aus Unternehmen mit hohem Demografiegrad stärker sind als die Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten aus Unternehmen, die über einen geringeren Demografiegrad verfügen. Es wird davon ausgegangen, dass erlebte Selbstwirksamkeit einen positiven Einfluss auf Motivation und Leistung hat und mit vorhandenen Fertigkeiten und Kompetenzen zusammenhängt (vgl. Kapitel 3.3.4). Durch einen besonders starken positiven Einfluss des handlungsrelevanten Demografiemanagements auf Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter wird vermutet, dass in Unternehmen mit einem hohen Demografiegrad mögliche Altersunterschiede in den Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Kapitel 3.3.4) nicht länger bestehen (Hypothesen siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Überblick über die Hypothesen zum Zusammenhang des Demografiegrads der Unternehmen mit den Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten.

Hypothese

1	Die Beschäftigten von Unternehmen mit höherem Demografiegrad haben höhere Selbstwirksamkeitserwartungen als Beschäftigte von Unternehmen mit geringerem Demografiegrad.
2	Ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit höherem Demografiegrad haben höhere Selbstwirksamkeitserwartungen als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit geringerem Demografiegrad. Bei jüngeren Beschäftigten (≤ 34 Jahre, 35 - 44 Jahre) gibt es keine Unterschiede in den Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit vom Demografiegrad des Unternehmens.

7.1.3 Zusammenhang von Gesundheitsmanagement und Selbstwirksamkeitserwartungen

Dem Handlungsfeld des Gesundheitsmanagements wird eine besondere Rolle im Bereich des handlungsrelevanten Demografiemanagements zugeschrieben (vgl. Kapitel 6.2.4). Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartungen wird vielfach in seiner Bedeutung für die Gesundheit diskutiert

und Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und der Gesundheit von Personen recht gut belegt (vgl. Kapitel 3.3.4). Um zu prüfen, inwieweit dieses Handlungsfeld allein einen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartungen der älteren Beschäftigten hat, werden zusätzlich Hypothesen zum Gesundheitsmanagement formuliert. Angenommen wird, dass die Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten aus Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad im Vergleich zu Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten aus Unternehmen, die über einen geringeren Gesundheitsgrad verfügen, höher sind. Innerhalb der Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad wird erwartet, dass Maßnahmen des Gesundheitsmanagements einen besonders starken positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter haben. Es wird davon ausgegangen, dass sich die in der Literatur formulierten Altersunterschiede in den Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Kapitel 3.3.4) bei den Beschäftigten aus Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad aufheben (Hypothesen siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Überblick über die Hypothesen zum Zusammenhang des Gesundheitsgrads der Unternehmen mit den Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten.

Hypothese

3	Die Beschäftigten von Unternehmen mit höherem Gesundheitsgrad haben höhere Selbstwirksamkeitserwartungen als Beschäftigte von Unternehmen mit geringerem Gesundheitsgrad.
4	Ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit höherem Gesundheitsgrad haben höhere Selbstwirksamkeitserwartungen als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit geringerem Gesundheitsgrad. Bei jüngeren Beschäftigten (≤ 34 Jahre, 35 - 44 Jahre) gibt es keine Unterschiede in den Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad des Unternehmens.

7.1.4 Zusammenhang von Demografiemanagement und Bewältigungsverhalten

Demografiebasierte Maßnahmen können einen maßgeblichen Einfluss auf das berufliche Bewältigungsverhalten älterer Beschäftigter haben. Dienstleistungsbeschäftigte lassen berufsspezifische Anforderungen mit einem hohen Maß an psychosomatischer Beanspruchung vermuten (vgl. Kapitel 5.2.2). Es wird erwartet, dass Maßnahmen des handlungsorientierten Demografiemanagements einen positiven Einfluss auf das Bewältigungsverhalten der Beschäftigten haben (vgl. Kapitel 5.3.1). Angenommen wird, dass Beschäftigte aus Unternehmen mit hohem Demografiegrad über ein gesünderes Bewältigungsverhalten, das bedeutet, einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) und einen niedrigen Anteil von Risikomustern Typ A Verhalten (A) und Burnout (B) (kurz: Risikomuster A/B) verfügen als Beschäftigte aus Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad. Bisherige Studien stellen keine einheitlichen Effekte im Hinblick auf altersspezifisches Bewältigungsverhalten dar (vgl. Kapitel 4.2.2). Die Hypothesen sind der Tabelle 13 auf der folgenden Seite zu entnehmen.

Tabelle 13: Überblick über die Hypothesen zum Zusammenhang des Demografiegrads der Unternehmen mit den Bewältigungsverhalten der Beschäftigten.

Hypothese	
5	Die Beschäftigten von Unternehmen mit einem höheren Demografiegrad verfügen über ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten als Beschäftigte von Unternehmen mit einem geringeren Demografiegrad.
5a	Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2 oder 3) verfügen über einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 oder 1).
5b	Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2 oder 3) verfügen über einen geringeren Anteil an Risikomustern (A) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 oder 1).
5c	Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2 oder 3) verfügen über einen geringeren Anteil an Risikomustern (B) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 oder 1).
6	Ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem höheren Demografiegrad verfügen über ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten als ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem geringeren Demografiegrad. Bei jüngeren Beschäftigten (≤ 34 Jahre, 35 - 44 Jahre) gibt es keine Unterschiede im Bewältigungsverhalten in Abhängigkeit vom Demografiegrad des Unternehmens.
6a	Ältere Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2 oder 3) verfügen über einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 oder 1).
6b	Ältere Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2 oder 3) verfügen über einen geringeren Anteil an Risikomustern (A) als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 oder 1).
6b	Ältere Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2 oder 3) verfügen über einen geringeren Anteil an Risikomustern (B) als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 oder 1).

7.1.5 Zusammenhang von Gesundheitsmanagement und Bewältigungsverhalten

Die ermittelten Muster des beruflichen Bewältigungsverhaltens scheinen eine gesundheitliche Relevanz aufzuweisen und als Frühindikatoren für gesundheitsförderliche und -beeinträchtigende Entwicklungen nützlich zu sein (vgl. Kapitel 4.1.1). Dementsprechend wird erwartet, dass Gesundheitsmanagement als ein wichtiger Teil des handlungsorientierten Demografiemanagements einen maßgeblichen, positiven Einfluss auf die Bewältigungsmuster der Beschäftigten hat. Deshalb wird angenommen, dass durch den Gesundheitsgrad der Unternehmen eine stärkere Auswirkung auf das Bewältigungsverhalten der älteren Beschäftigten. Angenommen wird, dass Beschäftigte aus Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad über ein gesünderes Bewältigungsverhalten, also einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) und einen niedrigen Anteil von Risikomustern Typ A Verhalten (A) und Burnout (B) (kurz: Risikomuster A/B) verfügen als Beschäftigte aus Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (Hypothesen siehe Tabelle 14, folgende Seite).

Tabelle 14: Überblick über die Hypothesen zum Zusammenhang des Gesundheitsgrads der Unternehmen mit dem Bewältigungsverhalten der Beschäftigten.

Hypothese	
7	Die Beschäftigten von Unternehmen mit einem höheren Gesundheitsgrad verfügen über ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten als Beschäftigte von Unternehmen mit einem geringeren Gesundheitsgrad.
7a	Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2 oder 3) verfügen über einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (0 oder 1).
7b	Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2 oder 3) verfügen über einen geringeren Anteil an Risikomustern (A) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (0 oder 1).
7c	Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2 oder 3) verfügen über einen geringeren Anteil an Risikomustern (B) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (0 oder 1).
8	Ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem höheren Gesundheitsgrad verfügen über ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten als ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem geringeren Gesundheitsgrad. Bei jüngeren Beschäftigten (≤ 34 Jahre, 35 - 44 Jahre) gibt es keine Unterschiede im Bewältigungsverhalten in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad des Unternehmens.
8a	Ältere Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2 oder 3) verfügen über einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (0 oder 1).
8b	Ältere Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2 oder 3) verfügen über einen geringeren Anteil an Risikomustern (A) als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (0 oder 1).
8b	Ältere Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2 oder 3) verfügen über einen geringeren Anteil an Risikomustern (B) als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (0 oder 1).

7.2 Variablen und ihre Operationalisierung

7.2.1 Unabhängige und abhängige Variablen im Überblick

Tabelle 15 auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die in dieser Studie erhobenen Variablen. Zur Erfassung der Stichprobe wurden die Teilnehmenden gebeten, Angaben über Alter, Geschlecht und Schulbildung zu machen. Der komplette Fragebogen zur Ermittlung der abhängigen Variablen sowie der Interviewleitfaden zur Ermittlung der unabhängigen Variablen kann Anhang B 1 und B 4 entnommen werden.

Tabelle 15: Übersicht der erhobenen Variablen und der jeweiligen Itemanzahl.

Variablen	Operationalisierung	Anzahl Items
Abhängige Variablen		
SWE	Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala (Jerusalem & Schwarzer, 1986)	10
AVEM	Arbeitsbezogene Verhaltes- und Erlebensmuster (Bewältigungsmuster) (Schaarschmidt & Fischer, 2008)	44
Unabhängige Variablen		
Soziodemografische Daten	Alter, Geschlecht, Schulbildung	3
Demografiegrad	Interview mit Geschäftsführenden und Personalverantwortlichen der Unternehmen	7
Gesundheitsgrad	Interview mit Geschäftsführenden und Personalverantwortlichen der Unternehmen	5

7.2.2 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)

Die Selbstwirksamkeitsforschung hat eine Reihe verschiedener Skalen hervorgebracht. Diese Skalen basieren auf verbalen Selbsteinschätzungen (vgl. Fuchs, 2005). Das Instrument der „Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE) von Jerusalem und Schwarzer (1986) umfasst alle Lebensbereiche und soll eine Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz darstellen. Die SWE-Skala wurde seit den 1980er Jahren in leicht veränderten Varianten bei zahlreichen Personen eingesetzt (vgl. Hinz et al., 2006). In diesen Studien konnte die Eindimensionalität sowie der Nutzen der Skala als Prognoseverfahren bestätigt werden (vgl. Jerusalem & Schwarzer, 1986). Die ursprünglich 20 Items umfassende Skala wurde bald auf eine 10-Item-Skala reduziert, wobei sich nur geringe Einbußen an Reliabilität und Validität ergaben, sich dafür aber ein ökonomischer Vorteil darstellte (vgl. Schwarzer, 2004). Kriterienbezogene Validität ist durch zahlreiche Korrelationsbefunde mit anderen relevanten Variablen gegeben. Die Reliabilität eines Tests zeichnet den Grad der Zuverlässigkeit aus mit der das geprüfte Merkmal gemessen wird. Sie stellt eine notwendige, wenn nicht hinreichende Voraussetzung für die Validität dar (vgl. Rost, 2005, S. 155ff). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) variiert bei verschiedenen deutschen Stichproben zwischen .80 und .90, über die Nationen hinweg zwischen .76 und .91. Die zehn Items werden vierstufig beantwortet und sollten möglichst in ein größeres Erhebungsinstrument eingemischt werden (vgl. Jerusalem & Schwarzer, 1986). Der individuelle Testwert wird durch die Summe aller zehn Antworten gebildet. Daraus ergibt sich ein Wert zwischen 10 und 40. Hohe optimistische Kompetenzerwartungen ergeben einen hohen Testwert. Dieser steht für das Vertrauen darauf, schwierige Situationen zu meistern und diesen Erfolg der eigenen Kompetenz zuzuschreiben (vgl. Hinz et al., 2006).

In dieser Studie wurde die reduzierte 10-Item-Skala zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung verwendet. Die Items wurden in die AVEM Skala eingemischt und mit einer fünfstufigen Antwortskala von (1) trifft völlig zu, (2) trifft überwiegend zu, (3) trifft teils zu, (4) trifft überwiegend nicht zu, (5) trifft überhaupt nicht zu, hinterlegt. Damit konnten die Teilnehmenden in einer dem AVEM folgenden Stufenlogik antworten. Die Addition der Antworten der Ausgangsskala ergibt einen Maximaltestwert von 40 Punkten während die in dieser Studie verwendete Skala einen Maximalwert von 50 Punkten ergibt. Um die Ergebnisse dieser vierstufigen Skala mit der hier vorliegenden fünfstufigen Skala vergleichen zu können wurde sie entsprechend umgerechnet: Der Summenwert ist x . Um diesen Summenwerte x so umzurechnen, dass sie zwischen 10 und 40 (y) liegen, erfolgt folgende Umrechnung: $Y=10 + 3/4*(x-10)$. Werden alle Fragen mit 1 beantwortet, dann ist das Minimum $x=10$ und geht über in $y=10$. Werden alle 10 Fragen mit 5 beantwortet, dann ist das Maximum $x=50$ und geht über in $y=40$. Die so berechneten Mittelwerte für Ihre Befragten können jetzt mit der Literatur verglichen werden.

7.2.3 Bewältigungsverhalten (AVEM)

Das diagnostische Verfahren AVEM ist ein Fragebogen mit 66 Items in der Langform und 44 Items in der Kurzform. Ziel des Verfahrens ist die Messung relativ stabiler Verhaltens- und Erlebensmerkmale, die als persönliche Ressourcen in die Auseinandersetzung mit den beruflichen Anforderungen eingehen (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008). In dieser Untersuchung wird die Kurzform mit 44 Items eingesetzt. Die Items sind mit einer fünfstufigen Antwortskala hinterlegt. Hintergrund für den Einsatz dieser Kurzform ist die geringere Bearbeitungszeit und die damit vermutete höhere Bereitschaft der Unternehmen, sich zu beteiligen.

Die Autoren beschreiben das Zusammenwirken von elf faktorenanalytisch differenzierten Persönlichkeitsdimensionen (Skalen). Diese wurden drei Bereichen zugeordnet: Arbeitsengagement, erlebte Widerstandskraft und Emotionen. Daraus wurden im Rahmen von Clusteranalysen die vier in Kapitel 4.1.2 vorgestellten arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebensmuster (AVEM) (Bewältigungsmuster) gebildet: Muster Gesundheit (G), Muster Schonung (S), Risikomuster Typ A Verhalten (A), Risikomuster Burnout (B) (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008; Schaarschmidt, 2012). Die zwei ersten Muster erweisen sich als gesundheitsförderlich, während die beiden letzten eher als Risikomuster zu betrachten sind. Musterzugehörigkeiten sind Tabelle 16 auf der folgenden Seite zu entnehmen (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008, S. 7ff).

Tabelle 16: Bereiche, Dimensionen und Muster des AVEM im Überblick (Muster G = grün; Muster S = orange; Muster B = Blau; Muster A = rot).

AVEM Bereiche	AVEM Skalen Persönlichkeitsdimensionen	AVEM Muster (Stanine-Werte)								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Berufliches Engagement	1. Subjektive Bedeutsamkeit		S	B			G		A	
	2. Beruflicher Ehrgeiz		S	B			A		G	
	3. Verausgabungsbereitschaft		S			B	G		A	
	4. Perfektionsstreben			S	B		G	A		
	5. Distanzierungsfähigkeit		A		B		G			S
Widerstandskraft	6. Resignationstendenz			G	S		A	B		
	7. Offensive Problembewältigung		B		S		A	G		
	8. Innere Ruhe/Ausgeglichenheit			B	A		S	G		
Emotionen	9. Erfolgserleben im Beruf		B		S		A	G		
	10. Lebenszufriedenheit		B		A		S	G		
	11. Erleben sozialer Unterstützung				B	A	S	G		

Muster: G S A B

Reine Musterzugehörigkeit liegt dann vor, wenn eine Person mit über 95 Prozent einem bestimmten Muster zugeordnet werden kann. Zur besseren Auswertung und Interpretation werden insgesamt fünf Stufen der Musterausprägung unterschieden (vgl. Tabelle 17 auf der folgenden Seite).

Das Auftreten dieser „vollen Ausprägung“ kommt nach Analysen der Autoren in 23 Prozent vor. Häufiger sei ein vorherrschendes Muster anzutreffen, das nach vier weiteren Musterausprägungen unterschieden wird: Bei der zweiten Stufe, der „akzentuierten Ausprägung“ liegen ebenfalls noch geringfügige Abweichungen der klaren Musterzugehörigkeit vor; diese Ausprägung tritt in 27 Prozent zutage. Die dritte Stufe zeigt noch die Charakteristik eines Musters, allerdings sind hier bereits Merkmale anderer Muster deutlich erkennbar. Diese Stufe der „tendenziellen Ausprägung“ tritt in 25 Prozent der Fälle auf. Die vierte Stufe bezeichnet eine Kombination von Mustern. Hier stehen meist die Merkmale zweier paralleler Muster im Vordergrund. Diese Ausprägung ist in 20 Prozent anzutreffen. Bei der fünften, als „nicht zuordenbar“ klassifizierten Stufe ist keine Bevorzugung eines Musters erkennbar. Diese Ausprägung kommt in fünf Prozent der Fälle vor und enthält keine diagnostische Information (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008, S 14ff).

Tabelle 17: Fünf Stufen der AVE-Musterausprägungen (Schaarschmidt & Fischer, 2008, S. 16).

Stufe	Musterausprägung	Kriterien für die Musterausprägung	Auftretenshäufigkeit
1	Volle Ausprägung. Alle im Kapitel vier beschriebenen Ausprägungen treffen uneingeschränkt zu.	Ein Muster > 95%.	23%
2	Akzentuierte Ausprägung. Klare Musterzugehörigkeit, nur geringfügige Abweichungen.	Ein Muster > 80% und $\leq 95\%$.	27%
3	Tendenzielle Ausprägung. Die Charakteristik des jeweiligen Musters steht im Vordergrund, tritt aber schwächer als bei 1 und 2 zutage.	Ein Muster > 50% und $\leq 80\%$ kein zweites Muster > 30%.	25%
4	Kombination. Merkmale von zwei Mustern treten (mehr oder weniger gleichberechtigt) auf, nahezu ausschließlich handelt es sich um G/S, G/A, S/B und A/B.	Zwei vorherrschende Muster, beide insgesamt > 80%, wobei das schwächer ausgeprägte Muster > 30%.	20%
5	Nicht zuordenbar. Es ist keine Bevorzugung des einen oder des anderen Musters ausweisbar.	Keines der Kriterien trifft zu.	5%

Zur Auswertung der elf Persönlichkeitsdimensionen werden die Skalenrohwerte in Stanine-Werte übertragen. Die Stanine-Werte lassen sich dann mit einer Normstichprobe vergleichen. Das AVE-M ist ein validiertes Verfahren und besitzt eine hohe Reliabilität mit Cronbachs Alpha zwischen .79 bis .87 in der Standardform und .75 und .83 in der Kurzform. AVE-M misst zuverlässig und zugleich veränderungssensitiv (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008). Zur Normierung wurden Daten von mehr als 30.000 Personen berücksichtigt: „Die Verfahrensentwicklung der Kurzform erfolgte an einer Analysestichprobe von $n = 1589$; 1996“ (ebenda, 2008, S. 32). In der vorliegenden Studie liegt das Hauptaugenmerk auf der Analyse der Bewältigungsmuster. Zur unterstützenden Analyse werden die Persönlichkeitsdimensionen beschrieben.

7.2.4 Handlungsrelevantes Demografiemanagement (HDEM)

Der thematischen Ausrichtung des handlungsrelevantes Demografiemanagements (HDEM) liegen die in Kapitel 6.2 formulierten vier Handlungsfelder zugrunde: Führungs- und Unternehmenskultur, Analyse und Organisation, alternsgerechtes Qualifikationsangebot sowie Gesundheitsmanagement (siehe Tabelle 18, folgende Seite). Der Interviewleitfaden ist im Anhang nachzulesen.

Tabelle 18: Handlungsfelder und Skalen des handlungsrelevanten Demografiemanagements.

Handlungsfelder	Kriterien	Antwortskalen
Führungs- und Unternehmenskultur	Spielt Demografie in Leitbild/Strategie/Führungsgrundsätzen eine Rolle?	0 = nein 1 = ja
	Wie ist der Stellenwert des Themas Demografie im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen (zum Beispiel durch interne Kommunikation im Intranet/Mitarbeiterzeitendzeitschrift/Sonstiges); Externe Kommunikation (Kundenzeitschrift/Internet/ Personalmarketing).	1 = völlig unwichtig 2 = unwichtig 3 = normal 4 = wichtig 5 = ganz wichtig
Analyse und Organisation	Wird eine Altersstrukturanalyse genutzt? (zum Beispiel um Nachfolgeplanungen gezielt vorzubereiten).	0 = nein 1 = ja
	Sind altersgemischte Teams gezielt im Einsatz?	0 = nein 1 = ja
	Gibt es eine verantwortliche Person, die in der Funktion als ausgewiesene Expertin/Experte rund um das Thema Demografie agiert?	0 = nein 1 = ja
Alternsgerechtes Qualifizierungsangebot	Existiert ein Maßnahmenangebot zu Demografie für Führungskräfte und Beschäftigte?	0 = nein 1 = ja
	Wenn ja, wie ist die Nutzung dieser Maßnahmen durch die Zielgruppen?	Nutzung aller Maßnahmen in %
Gesundheitsmanagement	Spielt das Thema Gesundheit in Leitbild/Strategie und den Führungsgrundsätzen eine Rolle?	0 = nein 1 = ja
	Wie ist der Stellenwert des Themas Gesundheit im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen (z.B. durch interne Kommunikation im Intranet/Mitarbeitendzeitschrift/ Sonstiges); externe Kommunikation (Kundenzeitschrift/ Internet/Personalmarketing).	1 = völlig unwichtig 2 = unwichtig 3 = normal 4 = wichtig 5 = ganz wichtig
	Gibt es eine verantwortliche Person für das Thema Gesundheitsmanagement im Unternehmen?	0 = nein 1 = ja
	Liegen Maßnahmenangebote zur Gesundheit für Führungskräfte und Beschäftigte vor?	0 = nein 1 = ja
	Wenn ja, wie ist die Nutzung dieser Maßnahmen durch die Zielgruppen?	Nutzung aller Maßnahmen in %

Die Ermittlung des handlungsrelevanten Demografiemanagements in den Unternehmen erfolgte durch strukturierte Interviews mit den Geschäftsführenden und Personalverantwortlichen.

Zum Zweck der Auswertung wurden Kategorien von 0-3 gebildet und in Form von Demografie- und Gesundheitsgraden festgelegt (siehe Tabelle 19, folgende Seite). Grundlagen für die Festlegung der Demografie- und Gesundheitsgrade befinden sich im Anhang B 2 und B 3.

Tabelle 19: Demografiegrade und deren Ausprägungen.

Demografiegrad	Unternehmen ...
0 keine demografische Ausrichtung	... die in keinerlei demografischen, strategischen Grundüberlegungen agieren
1 geringe demografische Ausrichtung	... die sich noch in der Phase des ersten Bewusstseins zum Demografiemanagement befinden, den strategischen Stellenwert im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen noch als gering beschreiben
2 demografiesensibel	... die sich des Themas strategisch bewusst sind und sich bereits einem Soll-Zustand gewidmet haben, in der die perspektivische Ausrichtung des Demografiemanagements festgelegt wird. Diese Unternehmen sind bereits in der Planungsphase angekommen
3 demografiebewusst	... die sich bereits einer Ziel- und Maßnahmenkonzeption widmen und Messgrößen für ein erfolgreiches Demografiemanagement definiert haben, deren Ausprägungen festgelegt und daraus Maßnahmen abgeleitet oder auch schon einige Maßnahmen implementiert sind.

Aufgrund der starken Relevanz für das handlungsrelevante Demografiemanagement wird das von den Unternehmen praktizierte Gesundheitsmanagement separat eingeschätzt. Die Einstufung basiert auf denselben Kriterien wie das Demografiemanagement und wird ebenfalls in vier Graden (Gesundheitsgraden) von 0-3 eingeteilt (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Gesundheitsgrade und deren Ausprägungen.

Gesundheitsgrad	Unternehmen ...
0 keine gesundheitsbewusste Ausrichtung	... die in keinerlei strategischen Grundüberlegungen zum Gesundheitsmanagement agieren
1 geringe gesundheitsbewusste Ausrichtung	... die sich noch in der Phase des ersten Bewusstseins zum Gesundheitsmanagement befinden, den strategischen Stellenwert im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen noch als gering beschreiben
2 gesundheitssensibel	... die sich des Themas strategisch bewusst sind und sich bereits einem Soll Zustand gewidmet haben, in der die perspektivische Ausrichtung des Gesundheitsmanagements festgelegt wird. Diese Unternehmen sind bereits in der Planungsphase angekommen
3 gesundheitsbewusst	... die sich bereits einer Ziel- und Maßnahmenkonzeption widmen und Messgrößen für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement definiert haben, deren Ausprägungen festgelegt und daraus Maßnahmen abgeleitet oder auch schon einige Maßnahmen implementiert sind.

7.3 Methoden

7.3.1 Die Stichprobe

Rekrutiert wurde die Stichprobe über die Ansprache von 20 Dienstleistungsunternehmen im Sommer 2012. An dem Forschungsprojekt nahmen sechs Dienstleistungsunternehmen aus Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Thüringen teil, die eine Befragung innerhalb des

gewünschten Zeitraums realisieren konnten. Insgesamt wurden 1718 Beschäftigte dieser Unternehmen im Zeitraum von Mitte Dezember 2012 bis Mitte Juni 2013 eingeladen, sich freiwillig an der Studie zu beteiligen. Die Geschäftsführung und die Betriebsräte unterstützten die anonyme Befragung und motivierten für die Teilnahme. Im Ergebnis nahmen 980 Beschäftigte dieser Unternehmen an der Befragung teil. Das entspricht einer Beteiligungsquote von 57 Prozent. Bei Nichtbeantwortung von mehr als zehn Items der AVEM- und SWE-Skalen wurde festgesetzt, dass der gesamte Fragebogen nicht in die Auswertung einbezogen wurde. Somit waren für die Auswertung der AVEM- und SWE-Daten 878 Fragebögen nutzbar. Da fehlende Daten fall- oder paarweise ausgesondert werden können (vgl. Rost, 2007), wurde entschieden, dass Personen, die soziodemografischen Daten nicht beantwortet haben, dennoch in die Auswertungen einfließen.

Bei allen Unternehmen handelt es sich um Dienstleistungsgesellschaften, deren Aufgaben gebündelte, ausgelagerte Prozesse aus den Mutterkonzernen darstellen. Im Wesentlichen sind dies bei allen sechs Unternehmen persönlich-interaktive Dienstleistungen von der Bestellannahme bis hin zur Beschwerdebearbeitung. Aber auch reine Verwaltungs- und Reparaturarbeiten im Rahmen von problemorientiert-interaktiven Dienstleistungen (Unternehmen 2, 3, 4 und 5) sowie unterstützend-interaktive Dienstleistungen (Unternehmen 5) sind involviert (vgl. Kapitel 5.2.1). Die Unternehmen bestehen zwischen drei und zehn Jahren. Die Anzahl der Beschäftigten liegt zwischen 60 und 346 pro Unternehmen. Die Verteilung der sechs studienteilnehmenden Unternehmen sind Tabelle 21 zu entnehmen.

Tabelle 21: Übersicht der beteiligten Unternehmen der vorliegenden Studie.

Unternehmen	Wirtschaftsabschnitte	Beschäftigte	Teilnahmen	%	Nicht auswertbar	n
1	Finanzdienstleistung	501	346	70%	44	302
2	Finanzdienstleistung	270	118	44%	15	104
3	Finanzdienstleistung	300	141	47%	20	122
4	Finanzdienstleistung	250	111	45%	10	102
5	Technische Dienstleistung	60	33	55%	5	28
6	Logistik- und Verkehrsdienstleistung	337	229	68%	10	220
Gesamt		1.718	978	57%	104	878

7.3.2 Die Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde im Rahmen von zwei aufeinanderfolgenden Befragungsteilen durchgeführt. Die schriftliche Befragung der Beschäftigten erfolgte anhand eines Fragebogens in dem die zehn Items der allgemeinen Selbstwirksamkeit (SWE) nach Jerusalem und Schwarzer (1986) mit den 44 Items des arbeitsbezogenen Bewältigungsmusters (AVEM) nach Schaarschmidt

und Fischer (2008) zu insgesamt 54 Items gebündelt wurden. Damit erfolgte die Erfassung der abhängigen Variablen anhand von standardisierten Instrumenten. Der Fragebogen ist in Anhang B 4 nachzulesen. Abschließend beantworteten die Beschäftigten noch Fragen zum Alter, Geschlecht und zur Schulbildung. Der Fragebogen wurde von den Beschäftigten online in zirka zehn Minuten ausgefüllt und die Daten anonym ausgewertet. Benutzt wurde dazu das Online-Umfragetool „Unipark“.

Zum Start der Datenerhebung erhielten alle 1718 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Information und die Bitte der Geschäftsleitung, an der Befragung teilzunehmen. Über einen Hyperlink zu dem Anbieter „Unipark“ mit weiteren Informationen zur Beantwortung des Fragebogens und zum Schutz der Anonymität der Probanden konnten die Beschäftigten direkt mit der Beantwortung des Fragebogens innerhalb der Arbeitszeit starten. Ab diesem Zeitpunkt war der Fragebogen in deutscher Sprache für 21 Tage per Internet zugänglich. Im Anhang B 5 befindet sich der Begrüßungstext für die Beschäftigtenbefragung. Jedes Unternehmen erhielt einen eigenen Link, sodass die Versuchspersonen den Unternehmen zugeordnet werden konnten.

Zur Erhebung der unabhängigen Variable des handlungsrelevanten Demografiemanagements (HDEM) wurden daran anschließend mündliche Befragungen mit den Geschäftsführenden und Personalverantwortlichen der Organisationen durchgeführt. Anhand von strukturierten Interviews mit einem festgelegten Frageschema wurde der Demografiegrad der Unternehmen ermittelt. Da die Interviews persönlich durchgeführt wurden, mussten mit dem Personalverantwortlichen zunächst Termine vereinbart werden. Die Interviews fanden im Zeitraum von Anfang 2013 bis Mitte 2013 statt und wurden während der Arbeitszeit der Befragten vor Ort im Unternehmen durchgeführt – entweder in den Büros der Interviewpartner oder in den Sitzungsräumen des Unternehmens. Die Dauer der Interviews reichte je nach persönlichen Zeitbudgets der Interviewpartner von 30 bis 60 Minuten. Im Durchschnitt dauerten die Interviews 45 Minuten. Die Einstufung erfolgte durch die Antworten der Befragten direkt im Gespräch.

Die gesamte Erhebung fand auf freiwilliger Basis von Dezember 2012 bis Juni 2014 statt und wurde im Namen des Beratungsunternehmens „partnerteams GmbH & Co. KG“ durchgeführt. Die Befragungsdaten wurden ausschließlich für die vorliegende wissenschaftliche Studie genutzt.

7.3.3 Das Auswertungsverfahren

Zur Untersuchung von Demografiegrad- bzw. Gesundheitsgradeffekten (Hypothese 1 und 3) und von Interaktionseffekten zwischen Demografiegrad bzw. Gesundheitsgrad und Alter (Hypothesen 2 und 4) auf die metrische abhängige Variable Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren Demografiegrad/Gesundheitsgrad und Alter

berechnet. Ebenso wurden auch die AVEM-Einzelskalen (Hypothesen 5 bis 8) mithilfe von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Demografiegrad/Gesundheitsgrad und Alter ausgewertet. Zu den Voraussetzungen der zweifaktoriellen Varianzanalyse zählen die Varianzhomogenität und die Normalverteilung der Daten. Aufgrund der Robustheit von Varianzanalysen gegen Verletzungen dieser Voraussetzungen und der Größe der hier verwendeten Stichproben kann jedoch davon ausgegangen werden, dass auch bei leichten Abweichungen von der Varianzhomogenität und der Normalverteilung die Testergebnisse valide sind (vgl. Rost, 2013, S.190). Als Effektstärkemaß für die in den Varianzanalysen ermittelten Effekte wurde jeweils das partielle Eta-Quadrat (η_p^2) berechnet. Der Wert von η_p^2 liegt zwischen 0 und 1. Ein η_p^2 von .01 entspricht einem kleinen Effekt, ein η_p^2 von .06 einem mittleren Effekt und ein η_p^2 von .14 einem großen Effekt (vgl. Cohen, 1988).

Zum Vergleich von Anteilen zwischen zwei kategorialen Variablen, also zwischen dem Demografiegrad bzw. Gesundheitsgrad und der Verteilung aller AVEM-Muster wurden Chi²-Tests verwendet (Hypothesen 5 und 7). Um diesbezügliche altersspezifische Unterschiede zu betrachten, wurden Chi²-Tests zum Vergleich von Demografie-/Gesundheitsgraden und AVEM-Mustern darüber hinaus getrennt nach Altersstufen berechnet (Hypothesen 6 und 8). Bei Vorliegen eines signifikanten Ergebnisses wurde mithilfe der Unterhypothesen a, b und c (der Hypothesen 5 bis 8) untersucht, ob die einzelnen AVEM-Muster G, A und B jeweils zu unterschiedlichen Anteilen in Unternehmen mit hohem (DG/GG 2 oder 3) oder niedrigem (DG/GG 0 oder 1) Demografie- bzw. Gesundheitsgrad auftraten. Dies wurde für jedes der Muster mithilfe eines Chi²-Tests überprüft. Als Effektstärkenmaß für alle Chi²-Tests wurden Cramers *V* berechnet. Der Wert von Cramers *V* liegt zwischen 0 und 1. Die Interpretation von Cramers *V* ist abhängig von der minimalen Kategorienzahl unter den beiden verglichenen Variablen. Bei zwei Kategorien gilt ein *V* von .10 als kleiner Effekt, ein *V* von .30 als mittlerer Effekt und ein *V* von .50 als großer Effekt. Bei drei Kategorien gilt ein *V* von .07 als kleiner Effekt, ein *V* von .21 als mittlerer Effekt und ein *V* von .35 als großer Effekt (vgl. Cohen, 1988).

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm IBM SPSS 23 für Mac OS (IBM Corporation, Armonk, USA).

8 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden den Fragestellungen/Hypothesen entsprechend dargestellt und in folgende Bereiche gegliedert:

- Im ersten Abschnitt werden die Daten der Stichproben und Skalen beschrieben und verglichen. Dazu gehören die Kennwerte der verwendeten Skalen, die soziodemografischen Daten sowie die Darstellung der Selbstwirksamkeitswerte, die Musterverteilungen des AVEM sowie die Demografiegrade im Unternehmensvergleich.
- Der zweite Abschnitt enthält die Prüfung des Zusammenhangs von Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten und Demografie- und Gesundheitsgraden der Unternehmen.
- Im dritten Abschnitt steht der Zusammenhang der Bewältigungsmuster mit den Demografie- und Gesundheitsgraden im Mittelpunkt.

8.1 Stichproben und Skalen

8.1.1 Kennwerte der verwendeten Skalen

Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Der Mittelwert der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) der vorliegenden Stichprobe liegt bei $M = 30.21$, $SD = 3.82$, damit ist bei der vorliegenden Stichprobe ein leicht höherer Wert als bei der Allgmeinstichprobe der deutschen Bevölkerung zu verzeichnen; dieser Wert liegt bei $M = 29.60$, $SD = 4.44$. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) streuen in der deutschen Gesamtstichprobe zwischen .80 und .90 (vgl. Schwarzer & Jerusalem, 1999). In der vorliegenden Stichprobe liegt der Wert bei .89 und ist damit zufriedenstellend. Die Kennwerte der einzelnen Items sind dem Anhang B 6 zu entnehmen.

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den mittleren Selbstwirksamkeitserwartungen von weiblichen und männlichen Beschäftigten: $t(856) = -2,82$, $p = .005$. Die mittleren Selbstwirksamkeitserwartungen sind Tabelle 22 zu entnehmen.

Tabelle 22: Gegenüberstellung der ermittelten Mittelwerte und Streuungen zu Selbstwirksamkeitserwartungen im Geschlechtsvergleich.

Selbstwirksamkeitserwartungen	n	Mittelwert SWE	Standardabweichung
Weiblich	566	29.93	3.76
Männlich	292	30.70	3.84

Im Unternehmensvergleich dagegen unterscheiden sich die Mittelwerte der Selbstwirksamkeitserwartungen nicht signifikant ($p = .056$). Die Werte der einzelnen Unternehmen sind Tabelle 23 zu entnehmen.

Tabelle 23: Gegenüberstellung der ermittelten Mittelwerte und Streuungen zu Selbstwirksamkeitserwartungen im Unternehmensvergleich.

Selbstwirksamkeitserwartungen Unternehmen	n	Mittelwert SWE	Standardabweichung
1	302	30.38	3.90
2	104	29.76	3.70
3	122	29.62	3.55
4	102	29.91	3.66
5	28	31.64	3.74
6	220	30.50	3.92
Gesamt	878	30.21	3.81

Bewältigungsmuster (AVEM)

Der Vergleich der Gesamtstichprobe zu der vorliegenden Stichprobe bestätigt die Zuverlässigkeit der Ergebnisse und damit die Eignung des Erhebungsverfahrens für den vorliegenden Untersuchungszweck. Tabelle 24 liefert einen Überblick über die Kennwerte der AVEM-Skalen.

Tabelle 24: Vergleich der Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SD) und der Reliabilitäten der elf AVEM-Persönlichkeitsskalen nach Cronbachs Alpha. Normstichprobe (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008, S. 33/101).

Skala		Normstichprobe (n = 1589)			Vorliegende Stichprobe (n = 878)		
		MW	SD	Cronbachs Alpha	MW	SD	Cronbachs Alpha
1	Bedeutsamkeit der Arbeit	11.2	3.58	.84	10.4	3.65	.86
2	Beruflicher Ehrgeiz	12.5	3.53	.80	13.5	3.24	.85
3	Verausgabungsbereitschaft	12.4	3.34	.77	12.2	3.35	.79
4	Perfektionsstreben	14.6	2.99	.76	15.4	2.56	.75
5.	Distanzierungsfähigkeit	12.0	3.55	.84	14.4	3.41	.83
6.	Resignationstendenz	11.1	3.16	.76	10.1	3.01	.78
7.	Offensive Problembewältigung	14.2	2.92	.84	14.2	2.71	.82
8.	Innere Ruhe/Ausgeglichenheit	13.0	3.18	.78	14.3	2.81	.74
9.	Erfolgs erleben im Beruf	14.1	2.69	.79	12.8	3.08	.84
10.	Lebenszufriedenheit	15.8	2.89	.80	14.5	3.10	.86
11.	Erleben sozialer Unterstützung	15.7	3.25	.77	15.6	3.08	.74

Im Geschlechtsvergleich unterscheiden sich die Mittelwerte der AVEM-Persönlichkeitsskalen bei weiblichen und männlichen Befragten bei fünf Skalen signifikant (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Gegenüberstellung der Mittelwerte der AVEM-Persönlichkeitsskalen der vorhandenen Stichprobe zur Normstichprobe im Geschlechtsvergleich. Normstichprobe (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008 S. 101). Signifikanz (p) der vorhandenen Stichprobe. *Angaben zu dem Mittelwerten der Normstichprobe liegen nur einstellig vor.

Skala	Persönlichkeitsdimension	Normstichprobe*		Vorhandene Stichprobe		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	p
1	Bedeutsamkeit der Arbeit	10.7	11.0	9.94	10.61	.010
2	Beruflicher Ehrgeiz	17.7	11.8	13.78	13.35	.064
3	Verausgabungsbereitschaft	12.7	12.6	12.57	12.05	.032
4	Perfektionsstreben	14.9	14.9	15.56	15.42	.835
5.	Distanzierungsfähigkeit	12.8	12.2	14.00	14.58	.023
6.	Resignationstendenz	9,9	11.2	9.60	10.31	.001
7.	Offensive Problembewältigung	14.3	14.0	14.35	14.08	.170
8.	Innere Ruhe/Ausgeglichenheit	14.0	12.9	14.96	14.01	<.001
9.	Erfolgs erleben im Beruf	14,3	14.7	12.69	12.88	.383
10.	Lebenszufriedenheit	15.4	15.6	14.40	14.52	.610
11.	Erleben sozialer Unterstützung	15.6	15.6	15.66	15.47	.364

In Tabelle 26 ist zu sehen, dass sich die AVEM Muster bei Männern etwas günstiger als bei Frauen verteilen, allerdings nicht signifikant ($\chi^2(15) = 36.31, p = .002$).

Tabelle 26: AVEM-Musterverteilung im Geschlechtsvergleich.

Muster	Anzahl % innerhalb des AVEM-Musters	Weiblich	männlich	Gesamt
G	Anzahl (n)	178	110	288
	%	31,4%	37,7%	36,6%
S	Anzahl (n)	172	84	256
	%	30,4%	28,8%	29,8%
A	Anzahl (n)	101	52	153
	%	17,8%	17,8%	17,8%
B	Anzahl (n)	115	46	161
	%	20,3%	15,8%	18,8%
Gesamt	Anzahl (n)	566	292	858
	%	100,0%	100,0%	100%

Im Hinblick auf die gesamte Stichprobe verteilen sich die AVEM Muster zu je einem Drittel auf das Muster Gesundheit (G), das Muster Schonung (S) und das letzte Drittel verteilt sich auf die

Risikomuster Typ A Verhalten (A) und Burnout (B) (siehe Tabelle 27). Im Vergleich zu der Normstichprobe ergibt sich eine günstigere Musterverteilung bei dem Muster Gesundheit und dem Risikomuster Typ A Verhalten (A).

Tabelle 27: Gegenüberstellung der AVE-Musterverteilung – vorhandene Stichprobe im Vergleich zur Normstichprobe. Normstichprobe (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008 S. 27;55) *Infolge gerundeter Werte ergänzen sich die Angaben nicht zu 100 Prozent

Tendenzielle Musterzuordnung	Normstichprobe		Vorhandene Stichprobe			
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Muster G (Gesundheit)	419	26,0	299	34,1	34,1	34,1
Muster S (Schonung)	337	29,0	262	29,8	29,8	63,9
Muster A (Typ A Verhalten)	504	24,0	155	17,7	17,7	81,5
Muster B (Burnout)	329	16,0	162	18,5	100,0	100,0
Gesamt (n)	1598	95,0*	878	100,0 %	100,0 %	

Es liegt ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Unternehmen und der Verteilung der AVE-Muster vor ($\chi^2(15) = 36,31, p = .002$). Im Hinblick auf das Gesundheitsmuster (G) zeichnet sich das Unternehmen 5 durch die höchsten und das Unternehmen 3 durch die geringsten Werte aus. Das Schonungsmuster (S) dagegen ist wiederum bei dem Unternehmen 5 am geringsten und bei den Unternehmen 1 und 6 am stärksten ausgeprägt. Das Risikomuster Typ A Verhalten (A) spiegelt sich in den höchsten Werten im Unternehmen 5 und in den geringsten Werten in Unternehmen 1 und 6 wider. Das Risikomuster Burnout (B) ist beim Unternehmen 5 am geringsten und bei den Unternehmen 1,3 und 6 am stärksten ausgeprägt. Die Verteilung der Muster auf die Unternehmen ist Tabelle 28 zu entnehmen.

Tabelle 28: AVE-Musterverteilung im Unternehmensvergleich.

Mus- ter	Anzahl % innerhalb des AVE-Musters	Unternehmen						Gesamt
		1	2	3	4	5	6	
G	Anzahl (n)	109	37	30	38	16	69	299
	%	36,1%	35,6%	24,6%	37,3%	57,1%	31,4%	34,1%
S	Anzahl (n)	97	27	35	27	3	73	262
	%	32,1%	26,0%	28,7%	26,5%	10,7%	33,2	29,8%
A	Anzahl (n)	37	23	32	23	8	32	155
	%	12,3%	22,1%	26,2%	22,5%	28,6%	14,5%	17,7%
B	Anzahl (n)	59	17	25	14	1	46	162
	%	19,5%	16,3%	20,5%	13,7%	3,6%	20,9%	18,5
Ge- samt	Anzahl (n)	302	104	122	102	28	220	887
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

8.1.2 Soziodemografische Daten

Im letzten Teil der Befragung wurden zusätzlich die soziodemografischen Daten, Alter, Geschlecht und Schulbildung erhoben.

Alter

Von den 878 Teilnehmenden gaben 564 Personen ihr Alter an. Die größte Altersgruppe bildeten die 25-34-Jährigen, die kleinsten Gruppen stellen die 24 Jahre alten und jüngeren sowie die älter als 55-Jährigen dar. Diese Verteilung entspricht den statistischen Daten der Arbeitsagentur mit 10 Prozent jünger als 25-Jährigen, 70 Prozent zwischen 25-55-Jährigen und 10 Prozent der älter als 55-Jährigen Beschäftigten der Altersverteilung in der Dienstleistungsbranche (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2016).

An dieser Alterseinteilung der Bundesagentur für Arbeit orientiert, wurden die Ergebnisse in den folgenden Auswertungen in drei Altersstufen umgerechnet. Die jüngste Gruppe stellen demnach die 24 – 34-Jährigen und die mittlere Altersgruppe die 35-44-Jährigen dar. Beschäftigte, die älter als 45 Jahre alt sind, zählen zu den älteren Mitarbeitenden (vgl. Kapitel 2.1.1). Die Verteilung der Altersklassen nach der ursprünglichen und der neuen Altersaufteilung ist Tabelle 29 zu entnehmen.

Tabelle 29: Verteilung der Stichprobe nach Altersklassen.

	Ursprüngliche Altersaufteilung		Neue Altersaufteilung			
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
24 Jahre und jünger	57	6,5	363	41,3	42,0	42,0
25 – 34 Jahre	306	34,9				
35 – 44 Jahre	245	27,9	245	27,9	28,4	70,4
45 – 54 Jahre	190	21,6	256	29,2	29,6	100,0
55 Jahre und älter	66	7,5				
Gesamt	864		864	98,4	100,0	

In der Verteilung der sechs beteiligten Unternehmen zeigt sich, dass Unternehmen 1 mit 40 Prozent und Unternehmen 6 mit 50 Prozent einen höheren Anteil an älteren Beschäftigten als die übrigen Unternehmen repräsentieren. Die Unternehmen 2 bis 5 dagegen sind mit einem Anteil von 50-60 Prozent der jünger als 34-Jährigen an der Befragung beteiligt. Im Hinblick auf die Beschäftigtenzahl insgesamt verfügt das Unternehmen 1 über die größte und das Unternehmen 5 über die geringste Anzahl an Beschäftigten (siehe Tabelle 30, folgende Seite).

Tabelle 30: Verteilung der Stichprobe nach Altersklassen innerhalb der Unternehmen.

Unternehmen		Alter			Gesamt
Nr.	Anzahl n (%)	≤ 34 Jahre	35 - 44 Jahre	≥ 45 Jahre	
1	Anzahl (n)	69	110	121	300
	%	23%	36,7%	40,3%	100,0%
2	Anzahl (n)	66	14	22	102
	%	64,7%	13,7%	21,6%	100,0%
3	Anzahl (n)	69	31	20	120
	%	57,5%	25,8%	21,6%	100,0%
4	Anzahl (n)	56	16	28	100
	%	56,0%	16,0%	28,0%	100,0%
5	Anzahl (n)	2	10	12	24
	%	46,3%	29,4%	24,3%	100,0%
6	Anzahl (n)	101	64	53	218
	%	8,3%	41,7%	50,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl (n)	363	245	256	864*
	%	42,0%	28,4%	29,6%	100,0%
Fehlend					14*
Gesamt (n)					878

Geschlecht

der Anteil weiblicher Beschäftigter ist in der Stichprobe höher als der Anteil der männlichen Beschäftigten (siehe Tabelle 31). Von den 578 Befragten gaben 20 Personen ihr Geschlecht nicht an.

Tabelle 31: Verteilung des Geschlechts innerhalb der Gesamtstichprobe.

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
weiblich	566	64,5	66,0	66,0
männlich	292	33,3	34,0	100,0
Gesamt (n)	858	97,7	100,0	

75 Prozent der beteiligten Unternehmen sind der Finanz- und Versicherungsdienstleistung zuzuordnen. Laut Bundesagentur für Arbeit (2017) liegt der Anteil von Frauen in der Finanz- und Versicherungsdienstleistung bei 59 Prozent und der Anteil an männlichen Beschäftigten bei 41 Prozent (vgl. ebenda, 2017, S. 10). Im Vergleich dazu weist die vorliegende Stichprobe einen etwas höheren Anteil an weiblichen Beschäftigten auf. Während der weibliche Anteil an Befragten der Unternehmen 2-4 bei nahezu 80 Prozent beträgt, sind von dem kleinsten Unternehmen 5 sogar ausschließlich Männer an der Befragung beteiligt (siehe Tabelle 32, folgende Seite).

Tabelle 32: Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht innerhalb der Unternehmen.

Unter- nehmen	Anzahl % innerhalb des Unternehmens	weiblich	männlich	Fehlend	Gesamt
1	Anzahl	174	120	8	302
	%	57,6%	39,7%	2,6%	100,0%
2	Anzahl	88	13	3	104
	%	84,6%	12,5%	2,9%	100,0%
3	Anzahl	97	23	2	122
	%	79,5%	18,9%	1,6%	100,0%
4	Anzahl	79	22	1	102
	%	77,5%	21,6%	1,0%	100,0%
5	Anzahl	0	25	3	28
	%	0,0%	89,3%	10,7%	100,0%
6	Anzahl	128	89	3	220
	%	58,2%	40,5%	1,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	566	292	20	878
	%	64,5%	33,3,4%		

Schulbildung

Von den 878 Teilnehmenden gaben 559 Personen ihre Schulbildung an. Die Erfassung der Schulbildung erfolgte zunächst elfstufig und wurde in der Auswertung, orientiert am Statistischen Bundesamt in vier Stufen berechnet. Tabelle 33 zeigt die Verteilung der Schulbildungsstufen nach der ursprünglichen und der neuen Aufteilung und verdeutlicht, dass der größte Anteil der Beschäftigten der vorliegenden Studie über einen Realschulabschluss verfügt.

Tabelle 33: Verteilung der Stichprobe nach Schulbildung.

Ausbildung	Ursprüngliche Aufteilung		Aufteilung in vier Gruppen			
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kein Schulabschluss	1	1				
Hauptschulabschluss	17	1,9				
Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Ausbildung	48	5,5	66	7,5	7,7	7,7
Realschulabschluss	46	5,4				
Realschulabschluss mit abgeschlossener Ausbildung	356	40,5	402	45,8	46,8	54,5
Abitur	87	9,9				
Abitur mit abgeschlossener Ausbildung	173	19,7	260	29,6	30,3	84,7
Student	15	1,7				
Abgeschlossenes Studium	116	13,2	131	14,9	15,3	100,0
Gesamt	859	100,0	859	100%	100%	

Die Zahlen des statistischen Bundesamts der gesamten Erwerbsbevölkerung dagegen zeigen einen höheren Anteil an Hauptschülern (35 Prozent), während die Realschülerinnen und Realschüler mit

30 Prozent und Personen mit Fach-/Hochschulabschluss mit nur 25 Prozent vertreten sind (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016, S. 78). Damit weist die vorliegende Stichprobe einen wesentlich geringeren Anteil an Personen mit Haupt- und Hochschulabschluss und einen größeren Anteil an Personen mit einem Realschulabschluss im Vergleich zum deutschen Durchschnitt auf.

Im Unternehmensvergleich liegt der Anteil an Personen mit Realschulabschluss bei den Unternehmen 2-6 zwischen 50 und 70 Prozent am höchsten und bei Unternehmen 1 mit rund 40 Prozent am niedrigsten. Auch zeigt sich, dass bei den Unternehmen 2, 3 und 6 die Schulbildung „kein Schulabschluss/Hauptschulabschluss“ bei unter drei Prozent und bei den Unternehmen 4 und 5 zwischen 20 und 30 Prozent der Beschäftigten liegt. „Kein Schulabschluss“ liegt nur bei einer Person aus der gesamten Stichprobe vor. Die höchste Schulbildungsstufe „Studium“ ist bei den Unternehmen 1 und 6 mit rund 20 Prozent vertreten, während diese Schulbildungsstufe beim Unternehmen 5 gar nicht repräsentiert ist. Die Verteilung der Schulbildungsstufen innerhalb der sechs beteiligten Unternehmen ist Tabelle 34 zu entnehmen.

Tabelle 34: Verteilung der Stichprobe nach Schulbildung innerhalb der Unternehmen.

Unternehmen	Anzahl % innerhalb des Unternehmens	Kein Abschluss/ Hauptschule	Real- schule	Abitur	Studium	Gesamt
1	Anzahl (n)	29	94	118	56	297
	%	9,8%	31,6%	39,7%	18,9%	100,0%
2	Anzahl (n)	3	70	19	10	102
	%	2,9%	68,6%	18,6%	9,8%	100,0%
3	Anzahl (n)	2	67	33	17	119
	%	1,7%	56,3%	27,7%	14,3%	100,0%
4	Anzahl (n)	20	48	26	4	98
	%	20,4%	49,0%	26,5%	4,1	100,0%
5	Anzahl (n)	8	14	4	0	26
	%	30,8	53,8	15,4	0%	100,0%
6	Anzahl (n)	4	109	60	44	217
	%	1,8%	50,2%	27,6%	20,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl (n)	66	402	260	131	859
	%	7,7%	46,8%	30,3%	15,3%	100,0%

8.1.3 Demografie- und Gesundheitsgrad der Unternehmen

Die Auswertung der Antworten aus den Interviews zeigt einen hohen Anteil an Unternehmen, die keinerlei oder nur eine geringe Demografieausrichtung aufweisen. Ein Unternehmen verfügt über keinerlei demografische Ausrichtung (Grad 0). Vier Unternehmen verfügen über eine geringe demografische Ausrichtung (Grad 1). Lediglich ein Unternehmen zeigte sich demografiesensibel (Grad 2), kein Unternehmen ist dem höchsten Demografiegrad (3), also demografiebewusst einzustufen. Der Unterschied in den Demografiegraden zeigt sich insbesondere bei der Einstufung

der Unternehmen des Themas Demografie im Verhältnis zu anderen personalpolitischen Themen. Das Unternehmen 6 stellt das Unternehmen mit dem geringsten Demografiegrad dar. Hier wird eine eindeutige Haltung zum Thema Demografie formuliert: Das Thema wird von den Verantwortlichen als „unwichtig“ beschrieben. Hervorzuheben ist, dass in keinem der Unternehmen eine personelle Funktion zum Thema Demografie implementiert wurde und keinerlei Altersstrukturanalysen stattfanden. Maßnahmen zum Thema Demografie, wie zum Beispiel Besonderheiten in der Zusammenarbeit diverser Teams oder Führung von altersgemischten Teams, gibt es nur bei einem einzigen Unternehmen (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Handlungsrelevantes Demografiemanagement – Ergebnisse der Interviews im Hinblick auf den Demografiegrad der Unternehmen.

Nr.	Fragen zum handlungsrelevanten Demografiemanagement	Einschätzung	Unternehmen						Maximaler Wert
			1	2	3	4	5	6	
D1	Rolle von Demografie im Unternehmen	0 = nein 1 = ja	0	1	1	1	0	0	1
D2	Stellenwert im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen	1 = völlig unwichtig 2 = unwichtig 3 = normal 4 = wichtig 5 = ganz wichtig	4	2	2	2	3	1	5
D3	Funktion für Demografie vorhanden?	0 = nein 1 = ja	0	0	0	0	0	0	1
D4	Maßnahmenangebot zu Demografie für Führungskräfte und Beschäftigte?	0 = nein 1 = ja	1	0	0	0	0	0	1
D5	Nutzung dieser Maßnahmen durch die Zielgruppen?	Nutzung aller Maßnahmen in %	0	0	0	0	0	0	1
D6	Altersgemischte Teams gezielt im Einsatz?	0 = nein 1 = ja	1	0	0	0	1	0	1
D7	Wird eine Altersstrukturanalyse genutzt?	0 = nein 1 = ja	0	0	0	0	0	0	1
Gesamtwert der Unternehmen			6	3	3	3	4	1	11
Umrechnung in Demografiegrad									
Grad	0 = keine Ausrichtung	bis Wert 2							0
	1 = geringe Ausrichtung	Wert 3-5							
	2 = Demografiesensibel	Wert 6-8							
	3 = Demografiebewusst	Wert 9-11							

Im Hinblick auf den Teilbereich des handlungsrelevanten Demografiemanagements, das Gesundheitsmanagement, wurden bei den teilnehmenden Unternehmen ausschließlich die beiden mittleren Gesundheitsgrade ermittelt. Die anderen beiden Gesundheitsgrade 0 und 3 konnten nicht ermittelt werden. Damit zeigt sich, dass Gesundheitsmanagement stärker als Demografiemanagement in den Unternehmen etabliert ist. Tabelle 36, auf der folgenden Seite ist zu entnehmen, dass drei

Unternehmen dem Gesundheitsgrad mit geringer Ausrichtung (Grad 1) und drei Unternehmen den gesundheitssensiblen (Grad 2) einzuordnen sind.

Tabelle 36: Gesundheitsmanagement – Ergebnisse der Interviews im Hinblick auf den Gesundheitsgrad der Unternehmen.

Nr.	Fragen zum Gesundheitsmanagement	Einschätzung	Unternehmen						Maximaler Wert
			1	2	3	4	5	6	
G1	Rolle von dem Themas Gesundheit im Unternehmen	0 = nein 1 = ja	1	1	1	1	0	1	1
G2	Stellenwert des Themas Gesundheit im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen	1 = völlig unwichtig 2 = unwichtig 3 = normal 4 = wichtig 5 = ganz wichtig	4	2	2	2	4	3	5
G3	Ist eine Person in der Funktion für das Thema Gesundheit vorhanden?	0 = nein 1 = ja	0	0	0	0	0	0	1
G4	Liegen Maßnahmenangebote zur Gesundheit für Führungskräfte und Beschäftigte vor?	0 = nein 1 = ja	1	1	1	1	1	1	1
G5	Nutzung dieser Maßnahmen durch die Zielgruppen?	Nutzung aller Maßnahmen in %	50 %	60 %	60 %	60 %	100 %	55 %	1
	Gesamtwert der Unternehmen		6,5	4,6	4,6	4,6	6	5,5	9
Grad	Umrechnung in Gesundheitsgrad								
	0 = keine Ausrichtung	Bis Wert 2		1	1	1			
	1 = geringe Ausrichtung	Wert 3 – 4	2				2	2	
	2 = Gesundheitssensibel	Wert 5 – 6							
	3 = Gesundheitsbewusst	Wert 7 – 9							

Alle Unternehmen beschäftigen sich mit dem Thema Gesundheit und treffen entsprechende Maßnahmen – allerdings in unterschiedlichem Umfang. So fällt auch hier auf, dass in keinem Unternehmen eine personelle Funktion zum Thema Gesundheit implementiert wurde, vielmehr wird diese durch den Personalbereich übernommen. Vereinzelt Maßnahmen zum Thema Gesundheit, wie zum Beispiel ein Gesundheitstag oder Stressmanagement, werden angeboten und auch genutzt.

8.2 Selbstwirksamkeitserwartungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse geordnet nach Hypothesen dargestellt.

8.2.1 Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Demografiegrad

Bei der Hypothese 1 wird angenommen, dass die Beschäftigten von Unternehmen mit höherem Demografiegrad höhere Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) haben als Beschäftigte von Unternehmen mit einem geringeren Demografiegrad. Die 2. Hypothese geht davon aus, dass vor allem ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit höherem Demografiegrad über höhere Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit geringerem Demografiegrad. Bei jüngeren Beschäftigten (≤ 34 und 35 - 44 Jahre) gibt es gemäß der Hypothese 2 hingegen keine Unterschiede in den Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit vom Demografiegrad des Unternehmens. Der höchste Demografiegrad 3 wurde von keinem der untersuchten Unternehmen erreicht und konnte deshalb in der Überprüfung der Hypothesen zum Demografiegrad nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 37 zeigt die deskriptiven Statistiken zu den Selbstwirksamkeitserwartungen aufgeteilt nach Alter und Demografiegrad. Die zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren Demografiegrad und Alter ergab keinen signifikanten Haupteffekt des Demografiegrads ($F(2, 855) = 0.72, p = .488, \eta_p^2 = .002$) und kein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung zwischen Demografiegrad und Alter ($F(4, 855) = 1.57, p = .182, \eta_p^2 = .007$). Ein signifikanter Haupteffekt des Alters konnte ebenfalls nicht festgestellt werden ($F(2, 855) = 1.20, p = .302, \eta_p^2 = .003$).

Tabelle 37: Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit vom Demografiegrad (keine demografische Ausrichtung [0], geringe demografische Ausrichtung [1] demografiesensibel [2]) und dem Alter.

Alter	Demografiegrad	Selbstwirksamkeitserwartungen		
		n	MW	SD
< 34 Jahre	0	101	30.60	4.00
	1	193	29.38	3.74
	2	69	30.11	3.24
35-44 Jahre	0	64	30.26	4.01
	1	71	30.35	3.34
	2	110	30.94	4.37
≥ 45 Jahre	0	53	30.50	3.70
	1	82	30.52	3.62
	2	121	30.13	3.70
Gesamt	0	218	30.48	3.92
	1	346	29.85	3.66
	2	300	30.42	3.87

Da weder der Haupteffekt des Demografiegrads noch die Interaktion zwischen Demografiegrad und Alter signifikant sind, muss sowohl die Hypothese 1 als auch die Hypothese 2 verworfen werden.

8.2.2 Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Gesundheitsgrad

In Hypothese 3 wird davon ausgegangen, dass Beschäftigte in Unternehmen mit höherem Gesundheitsgrad höhere Selbstwirksamkeitserwartungen haben als Beschäftigte von Unternehmen mit einem geringeren Gesundheitsgrad. Bei der Hypothese 4 wird angenommen, dass gerade ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) in Unternehmen mit höherem Gesundheitsgrad höhere Selbstwirksamkeitserwartungen haben als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit geringerem Demografiegrad. Es wird davon ausgegangen, dass es hingegen bei jüngeren Beschäftigten (≤ 34 und $35 - 44$ Jahre) keine Unterschiede in den Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad des Unternehmens gibt. Keines der untersuchten Unternehmen wurde dem niedrigsten oder höchsten Gesundheitsgrad (0 oder 3) zugeordnet; deshalb konnten diese in der Überprüfung aller Hypothesen zum Gesundheitsgrad nicht berücksichtigt werden.

In Tabelle 38 sind die deskriptiven Statistiken zu den Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad und vom Alter zu sehen. Die zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren Gesundheitsgrad und Alter ergab keine signifikanten Ergebnisse: Es zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt des Gesundheitsgrads ($F(1, 858) = 3.71, p = .055, \eta_p^2 = .004$) oder des Alters ($F(2, 858) = 1.67, p = .188, \eta_p^2 = .004$) und ebenfalls keine signifikante Interaktion zwischen den beiden Faktoren ($F(2, 858) = 0.45, p = .638, \eta_p^2 = .001$).

Tabelle 38: Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad (geringe Ausrichtung [1] gesundheitssensibel [2]) und dem Alter.

Alter	Gesundheitsgrad	Selbstwirksamkeitserwartungen		
		n	MW	SD
< 34 Jahre	1	191	29.43	3.72
	2	172	30.33	3.74
≤ 44 Jahre	1	61	30.26	3.45
	2	184	30.70	4.17
≥ 45 Jahre	1	70	30.09	3.44
	2	186	30.42	3.76
Gesamt	1	322	29.73	3.62
	2	542	30.49	3.89

Da auch hier weder der Haupteffekt des Gesundheitsgrads noch die Interaktion zwischen Gesundheitsgrad und Alter signifikant sind, müssen auch die Hypothesen 3 und 4 beide verworfen werden.

8.3 Bewältigungsverhalten

8.3.1 Zusammenhang zwischen Bewältigungsverhalten und Demografiegrad

Mittels der Auswertungssoftware AVE-M wurden die Musterzuordnungen für die Unternehmen ermittelt. Dazu wurden die von Schaarschmidt und Fischer (2008) durch Clusteranalysen gewonnenen Profile bestimmt. Bei den meisten der Fälle konnten keine vollen Musterzuordnungen sondern nur akzentuierte und tendenzielle Musterzuordnungen erfolgen. Dies entspricht den Erfahrungen des Instruments und ist keine Besonderheit (vgl. Kapitel 7.2.3) (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008, S. 15). Bei den vorliegenden Auswertungen werden die eindeutigen, akzentuierten als auch die tendenziellen Musterzuordnungen zusammengefasst. Mittels Varianzanalysen erfolgte die Berechnung der Mittelwertunterschiede hinsichtlich des Belastungserlebens auf den Einzelskalen. Die Ausprägungen dieser elf Persönlichkeitsdimensionen (Skalen) des AVE-M werden als Stanine-Werte angegeben und sind auf den Mittelwert 5 normiert (Schaarschmidt, 2008).

Bei der 5. Hypothese wird vermutet, dass die Beschäftigten von Unternehmen mit einem höheren Demografiegrad über ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten, also mehr gesunde Bewältigungsmuster (Muster G) und weniger Risikomuster (Muster A oder B) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem geringeren Demografiegrad verfügen. Tabelle 39, auf der folgenden Seite verdeutlicht die Verteilung aller Bewältigungsmuster für jeden Demografiegrad. Der χ^2 -Test zeigt, dass sich die Verteilung der Bewältigungsmuster zwischen den Demografiegraden signifikant unterscheidet ($\chi^2(6) = 20.88, p = .002, V = .11$). Die Effektstärke zeigt einen kleinen Effekt an.

Tabelle 39: Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Demografiegrad (keine demografische Ausrichtung [0], geringe demografische Ausrichtung [1] demografiesensibel [2]).

Muster	Anzahl % innerhalb des Demografiegrads	Demografiegrad			Gesamt
		0	1	2	
G	Anzahl (n)	69	121	109	299
	%	31,4%	34,0%	36,1%	34,1%
S	Anzahl (n)	73	92	97	292
	%	33,2%	25,8%	32,1%	29,8%
A	Anzahl (n)	32	86	37	155
	%	14,5%	24,2%	12,3%	17,7%
B	Anzahl (n)	46	57	59	162
	%	20,9%	16,0%	19,5%	18,5
Gesamt	Anzahl (n)	220	356	302	878
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Um zu untersuchen, inwiefern die signifikanten Unterschiede tatsächlich einem „gesünderen“ Bewältigungsverhalten bei höheren Demografiegraden entsprechen, wurden die Unterhypothesen 5a, 5b, 5c zu den einzelnen Mustern: Gesundheitsmuster (G), Risikomuster (A) und Risikomuster (B) mit Hilfe von Kreuztabellen und anschließenden χ^2 -Tests für jedes der drei Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Demografiegrad (niedrig: DG 0 oder 1; hoch: DG 2) geprüft. Die deskriptiven Statistiken für die Kreuztabellen sind dem Anhang C 1 zu entnehmen.

Hypothese 5a geht davon aus, dass Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) über einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) verfügen als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 oder 1). Der Anteil des Gesundheitsmusters (G) bei Beschäftigten in Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) unterscheidet sich jedoch mit 36,1 Prozent nicht signifikant von dem Anteil des Gesundheitsmusters (G) unter den Beschäftigten von Unternehmen mit niedrigerem Demografiegrad (0 oder 1) mit 33,0 Prozent ($\chi^2(1) = 0.85, p = .356, V = .03$).

In Hypothese 5b wird angenommen, dass Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) über einen geringeren Anteil an Risikomustern (A) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 und 1) verfügen. Der Anteil des Risikomusters (A) ist mit 12,3 Prozent bei den Beschäftigten der Unternehmen mit höherem Demografiegrad (2) tatsächlich seltener anzutreffen als bei den Beschäftigten der Unternehmen mit geringeren Demografiegraden (20,5 Prozent). Diesen Unterschied bestätigt der χ^2 -Test als signifikant ($\chi^2(1) = 9.24, p = .002, V = .10$). Auch hier kann aufgrund der Effektstärke von einem kleinen Effekt gesprochen werden.

In Hypothese 5c wird vermutet, dass bei Beschäftigten von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) ein geringerer Anteil an Risikomustern (B) auftritt als bei Beschäftigten von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 und 1). Der Anteil des Risikomusters (B) bei Beschäftigten in Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) unterscheidet sich jedoch mit 19,5 Prozent nicht signifikant von dem Anteil des Risikomusters (B) unter den Beschäftigten von Unternehmen mit niedrigerem Demografiegrad (0 oder 1) mit 17,9 Prozent ($\chi^2(1) = 0.36, p = .548, V = .02$).

Da es bei Beschäftigten von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) im Vergleich zu Unternehmen mit niedrigem Demografiegrad (0 und 1) signifikant weniger Risikomuster (A), jedoch keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Gesundheitsmusters (G) und des Risikomusters (B) gibt, kann Hypothese 5b angenommen werden, während Hypothese 5a und 5c verworfen werden müssen. Hypothese 5 kann somit nur eingeschränkt, im Hinblick auf das Risikomuster (A) angenommen werden.

Hypothese 6 geht davon aus, dass vor allem ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem hohen Demografiegrad (2) im Vergleich zu älteren Beschäftigten von Unternehmen mit einem geringeren Demografiegrad (0 und 1) über ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten verfügen. Bei den jüngeren Beschäftigten (≤ 34 und 35 - 44 Jahre) sollte es dagegen keine Unterschiede im Hinblick auf ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten geben.

Mit Hilfe von Kreuztabellen und anschließenden χ^2 -Tests wurden für jede der drei Alterskategorien Unterschiede in den Bewältigungsmustern in Abhängigkeit vom Demografiegrad betrachtet. Dabei ergaben sich keine demografiebedingten Unterschiede in den Bewältigungsmustern der jüngsten Beschäftigtengruppe (≤ 34 Jahre) ($\chi^2(6) = 9.18, p = .163, V = .11$) oder der mittleren Beschäftigungsgruppe (35-44 Jahre) ($\chi^2(6) = 6.02, p = .421, V = .11$). In der Gruppe der ältesten Beschäftigten (≥ 45 Jahre) ergab sich dagegen ein signifikanter Unterschied in den Bewältigungsmustern der Beschäftigten in Abhängigkeit von den verschiedenen Demografiegraden ($\chi^2(6) = 14.09, p = .029, V = .17$) (siehe Tabelle 40 auf der folgenden Seite). Anhand der Effektstärke zeigt sich ein kleiner bis mittlerer Effekt.

Tabelle 40: Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Demografiegrad (keine demografische Ausrichtung [0], geringe demografische Ausrichtung [1] demografiesensibel [2]) für die Altersstufe ≥ 45 Jahre.

Muster	Anzahl % innerhalb des Demografiegrads	Demografiegrad (Alter ≥ 45 Jahre)			Gesamt
		0	1	2	
G	Anzahl (n)	16	27	44	87
	%	30,2%	32,9%	36,4%	34,0%
S	Anzahl (n)	17	18	37	72
	%	32,1%	22,0%	30,6%	28,1%
A	Anzahl (n)	9	25	13	47
	%	17,0%	30,5%	10,7%	18,4%
B	Anzahl (n)	11	12	27	50
	%	20,8%	14,6%	22,3%	19,5%
Gesamt	Anzahl (n)	53	82	121	256
	% innerhalb des DG	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Inwieweit die signifikanten Unterschiede auch bei dieser Hypothese einem „gesünderen“ Bewältigungsverhalten der älteren Beschäftigten bei höheren Demografiegraden entsprechen, wurden durch die Betrachtung der Unterhypothesen 6a, 6b, 6c zu den einzelnen Mustern: Gesundheitsmuster (G), Risikomuster (A) und Risikomuster (B) mit Hilfe von Kreuztabellen und anschließenden χ^2 -Tests für jede der drei Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Demografiegrad (niedrig DG 0 oder 1; hoch DG 2) geprüft. Die deskriptiven Statistiken für die Kreuztabellen sind im dem Anhang C 1 zu finden.

Gemäß Hypothese 6a verfügen ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) über einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) als ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 oder 1). Ein signifikanter Anteil des Gesundheitsmusters (G) bei älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) in Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) ist jedoch mit 36,4 Prozent nicht von dem Anteil des Gesundheitsmusters (G) unter den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit niedrigerem Demografiegrad (0 oder 1) mit 31,9 Prozent festzustellen ($\chi^2(1) = 0.58, p = .447, V = .05$).

Hypothese 6b besagt, dass ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) über einen geringeren Anteil an Risikomustern (A) als ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 und 1) verfügen. Tatsächlich ist der Anteil des Risikomusters (A) mit 10,7 Prozent bei den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) der Unternehmen mit höherem Demografiegrad (2) seltener anzutreffen als bei den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) der Unternehmen mit geringeren Demografiegraden (25,2

Prozent). Der χ^2 -Test ergibt in signifikant Ergebnis ($\chi^2(1) = 8.88, p = .003, V = .19$). Hier lässt sich ebenfalls eine kleine bis mittlere Effektstärke finden.

Hypothese 6c geht davon aus, dass bei älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) ein geringerer Anteil an Risikomustern (B) auftritt als bei älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad (0 und 1). Der Anteil des Risikomusters (B) bei älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) in Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) unterscheidet sich jedoch mit 22,3 Prozent nicht signifikant von dem Anteil des Risikomusters (B) unter den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit niedrigerem Demografiegrad (0 oder 1) mit 17,0 Prozent ($\chi^2(1) = 1.13, p = .288, V = .07$).

Auch bei den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit hohem Demografiegrad (2) ergeben sich somit im Vergleich zu Unternehmen mit niedrigem Demografiegrad (0 und 1) signifikant weniger Risikomuster (A), jedoch keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Gesundheitsmusters (G) und des Risikomusters (B). Damit kann Hypothese 6b bestätigt werden, verworfen werden müssen allerdings die Hypothese 6a und 6c. Hypothese 6 kann also ebenfalls nur eingeschränkt, im Hinblick auf das Risikomuster (A) bestätigt werden.

Um die aufgezeigten Unterschiede im Mustervergleich noch weiter zu untersuchen, wurden zusätzlich die einzelnen Persönlichkeitsdimensionen (Skalen) des AVEM mithilfe von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Demografiegrad und Alter analysiert. Die deskriptiven Statistiken für die Einzelskalen (Skalenmittelwerte und Standardabweichungen) sind dem Anhang C 1 zu entnehmen.

Die Ergebnisse zeigen für keine der elf Persönlichkeitsskalen signifikante Interaktionen zwischen dem Alter der Beschäftigten und dem Demografiegrad der Unternehmen. Allerdings wurde ein signifikanter Haupteffekt des Alters für die Skalen Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Distanzierungsfähigkeit, offensive Problembewältigung und Erfolgserleben im Beruf sowie ein signifikanter Haupteffekt des Demografiegrads für die Skalen Bedeutsamkeit der Arbeit, offensive Problembewältigung und Lebenszufriedenheit nachgewiesen (siehe Tabelle 41 auf der folgenden Seite). Bei allen signifikanten Haupteffekten des Demografiegrads zeigen sich kleine Effektstärken. Abbildungen der Skalenmittelwerte mit signifikanten Haupteffekten sind im Anhang C 2 zu finden.

Tabelle 41: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse der AVEM-Skalen (Alter * Demografiegrad) (Prüfgröße $[F]$, p -Wert, Partielles Eta hoch Zwei $[\eta_p^2]$, $n = 864$ Befragte).

Skalen des AVEM		Effekte								
		Alter			Demografiegrad			Alter*DG		
		F	p	η_p^2	F	p	η_p^2	F	p	η_p^2
1	Bedeutsamkeit der Arbeit	3.48	.031	.008	11.58	<.001	.026	1.16	.329	.005
2	Beruflicher Ehrgeiz	18.31	<.001	.041	1.41	.244	.003	0.53	.713	.002
3	Verausgabungsbereitschaft	0.34	.714	.001	2.65	.071	.006	0.72	.581	.003
4	Perfektionsstreben	2.57	.430	.002	0.54	.584	.001	0.62	.617	.003
5	Distanzierungsfähigkeit	5.34	.005	.002	2.71	.067	.006	0.92	.449	.004
6	Resignationstendenz	0.42	.655	.001	2.26	.105	.005	0.89	.472	.004
7	Offensive Problembewältigung	3.06	.048	.007	7.62	.001	.018	0.50	.736	.002
8	Innere Ruhe/Ausgeglichenheit	0.45	.636	.001	2.53	.081	.006	0.55	.700	.003
9	Erfolgs erleben im Beruf	10.61	<.001	.024	0.74	.480	.002	0.07	.990	<.001
10	Lebenszufriedenheit	0.92	.399	.002	8.97	<.001	.021	0.58	.674	.003
11	Erleben sozialer Unterstützung	1.33	.267	.003	2.30	.101	.005	0.66	.617	.003

8.3.2 Zusammenhang zwischen Bewältigungsverhalten und Gesundheitsgrad

In Hypothese 7 wird die Vermutung geäußert, dass die Beschäftigten von Unternehmen, mit einem höheren Gesundheitsgrad über ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten (Muster G) und weniger Risikomuster (A oder B) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem geringeren Gesundheitsgrad verfügen.

Die Unterschiede in der Verteilung der Muster zwischen den Gesundheitsgraden wurden mit Hilfe einer Kreuztabelle und anschließendem χ^2 -Test berechnet. Zwischen den Bewältigungsmustern der Beschäftigten und dem Gesundheitsgrad der Unternehmen ist ein signifikanter Zusammenhang ermittelt worden ($\chi^2(3) = 13.60$ $p = .004$, $V = .12$). Es handelt sich um eine kleine Effektstärke. Die Verteilung der Muster kann in Tabelle 42 auf der folgenden Seite nachgelesen werden.

Tabelle 42: Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad (geringe gesundheitsbewusste Ausrichtung [1] gesundheitssensibel [2])

AVEM Muster		Gesundheitsgrad		
Muster	Anzahl % innerhalb des Gesundheitsgrads	1	2	Gesamt
G	Anzahl	105	194	299
	%	32,0%	35,3%	34,1%
S	Anzahl	89	173	262
	%	27,1%	31,5%	29,8%
A	Anzahl	78	77	155
	%	23,8%	14,0%	17,7%
B	Anzahl	56	106	162
	%	17,1%	19,3%	18,5%
Gesamt	Anzahl	328	550	878
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Auch hier soll geprüft werden, inwiefern die signifikanten Unterschiede tatsächlich einem „gesünderen“ Bewältigungsverhalten bei höheren Gesundheitsgraden entsprechen. Dazu wurden die Unterhypothesen 7a, 7b, 7c zu den einzelnen Mustern: Gesundheitsmuster (G), Risikomuster (A) und Risikomuster (B) mit Hilfe von Kreuztabellen und anschließenden χ^2 -Tests für jede der drei Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad (niedrig: GG 1; hoch: GG 2) geprüft. Die deskriptiven Statistiken für die Kreuztabellen können dem Anhang C 1 entnommen werden.

Hypothese 7a besagt, dass Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) über einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) verfügen als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (1). Mit 35,3 Prozent unterscheidet sich der Anteil des Gesundheitsmusters (G) bei Beschäftigten in Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) allerdings auch bei dieser Hypothese nicht signifikant von dem Anteil des Gesundheitsmusters (G) unter den Beschäftigten von Unternehmen mit niedrigerem Gesundheitsgrad (1); dieser liegt bei 32,0 Prozent ($\chi^2(1) = 0.97, p = .324, V = .03$).

In Hypothese 7b wird vermutet, dass Beschäftigte von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) über einen geringeren Anteil an Risikomustern (A) als Beschäftigte von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (1) verfügen. Der Anteil des Risikomusters (A) tritt mit 14,0 Prozent bei den Beschäftigten der Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) seltener auf als bei den Beschäftigten der Unternehmen mit niedrigem Gesundheitsgrad (23,8 Prozent). Diesen Unterschied bestätigt der χ^2 -Test als signifikant ($\chi^2(1) = 13.52, p < .001, V = .12$). Anhand der ermittelten Effektstärke kann von einem kleinen Effekt gesprochen werden.

In Hypothese 7c wird angenommen, dass bei Beschäftigten von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) ein geringerer Anteil an Risikomustern (B) auftritt als bei Beschäftigten von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (1). Der Anteil des Risikomusters (B) bei Beschäftigten in Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) unterscheidet sich jedoch mit 19,3 Prozent nicht signifikant von dem Anteil des Risikomusters (B) unter den Beschäftigten von Unternehmen mit niedrigerem Gesundheitsgrad (1) mit 17,1 Prozent ($\chi^2(1) = 0.66, p = .416, V = .03$).

Auch hier zeigt sich, dass bei Beschäftigten von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) im Vergleich zu Unternehmen mit niedrigem Gesundheitsgrad (1) signifikant weniger Risikomuster (A) auftreten. Im Hinblick Gesundheitsmuster (G) und des Risikomuster (B) treten allerdings keine signifikanten Unterschiede auf. Deshalb kann Hypothese 7b bestätigt, während Hypothese 7a und 7c verworfen werden müssen. Hypothese 7 kann somit eingeschränkt, ausschließlich im Hinblick auf das Risikomuster (A) angenommen werden.

Die 8. Hypothese geht davon aus, dass vor allem ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem höherem Gesundheitsgrad im Vergleich zu älteren Beschäftigten von Unternehmen mit einem geringeren Gesundheitsgrad über ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten verfügen. Bei den jüngeren Beschäftigten (≤ 34 und 35 - 44 Jahre) sollte es dagegen keine Unterschiede im Hinblick auf ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten geben.

Für jede der drei Alterskategorien wurden anhand von Kreuztabellen und anschließenden Chi²-Tests gesundheitsgradbasierte Unterschiede analysiert. Für die jüngste Beschäftigtengruppe (≤ 34 Jahre) ($\chi^2(3) = 5.17, p = .160, V = .12$) und die mittlere Beschäftigungsgruppe (35-44 Jahre) ($\chi^2(3) = 2.49, p = .477, V = .10$) wurde hierbei kein signifikantes Ergebnis ermittelt. Bei der Gruppe der ältesten Beschäftigten (≥ 45 Jahre) dagegen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewältigungsmustern in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad der Unternehmen ($\chi^2(3) = 8.86, p = .031, V = .19$) (siehe Tabelle 43, folgende Seite). Die ermittelte Effektstärke weist auf einen kleinen bis mittleren Effekt hin.

Tabelle 43: Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad (geringe gesundheitsbewusste Ausrichtung [1] gesundheitssensibel [2]) für die Altersstufe ≥ 45 Jahre.

		Gesundheitsgrad (Alter ≥ 45 Jahre)		
Muster	Anzahl % innerhalb des Gesundheitsgrads	1	2	Gesamt
G	Anzahl (n)	20	67	87
	%	28,6%	36,0%	34,0%
S	Anzahl (n)	18	54	72
	%	25,7%	29,0%	28,1%
A	Anzahl (n)	21	26	47
	%	30,0%	14,0%	18,4%
B	Anzahl (n)	11	39	50
	%	15,7%	21,0%	19,5%
Gesamt	Anzahl (n)	70	186	256
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Auch hier sollte untersucht werden, ob die signifikanten Unterschiede tatsächlich einem „gesünderen“ Bewältigungsverhalten bei höheren Gesundheitsgraden entsprechen. Deshalb wurden auch bei dieser Hypothese Unterhypothesen 8a, 8b, 8c zu den einzelnen Mustern gebildet und die Gesundheitsmuster (G), Risikomuster (A) und Risikomuster (B) mit Hilfe von Kreuztabellen und anschließenden χ^2 -Tests für jedes der drei Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad (niedrig: GG 1; hoch: GG 2) geprüft. Die deskriptiven Statistiken für die Kreuztabellen sind in dem Anhang C 1 zu finden.

Gemäß Hypothese 8a sollten ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) über einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) verfügen als ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (1). Der Anteil des Gesundheitsmusters (G) bei älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) in Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) unterscheidet sich jedoch mit 36,0 Prozent nicht signifikant von dem Anteil des Gesundheitsmusters (G) unter den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit niedrigerem Gesundheitsgrad (1) mit 28,6 Prozent ($\chi^2(1) = 1.26, p = .262, V = .07$).

In Hypothese 8b wird vermutet, dass ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) über einen geringeren Anteil an Risikomustern (A) als ältere Beschäftigte (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (1) verfügen. Der Anteil des Risikomusters (A) ist mit 14,0 Prozent bei den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) der Unternehmen mit höherem Gesundheitsgrad (2) seltener anzutreffen als bei den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) der Unternehmen mit geringeren Gesundheitsgrad (30,0 Prozent). Diesen Unterschied bestätigt der χ^2 -Test als signifikant ($\chi^2(1) = 8.71, p = .003, V = .18$). Es handelt sich um einen kleinen bis mittleren Effekt.

Hypothese 8c besagt, dass bei älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) ein geringerer Anteil an Risikomustern (B) auftritt als bei älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit einem niedrigen Gesundheitsgrad (1). Der Anteil des Risikomusters (B) bei älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) in Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) unterscheidet sich jedoch mit 21,0 Prozent nicht signifikant von dem Anteil des Risikomusters (B) unter den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit niedrigerem Gesundheitsgrad (1) mit 15,7 Prozent ($\chi^2(1) = 0.89, p = .345, V = .06$).

Die Ergebnisse zeigen auch bei dieser Überprüfung der Hypothese zu den Gesundheitsgraden, dass bei den älteren Beschäftigten (≥ 45 Jahre) von Unternehmen mit hohem Gesundheitsgrad (2) im Vergleich zu Unternehmen mit niedrigem Gesundheitsgrad (1) signifikant weniger Risikomuster (A) auftreten, jedoch keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Gesundheitsmusters (G) und des Risikomusters (B) zu verzeichnen sind. Damit kann Hypothese 8b angenommen werden, während Hypothese 8a und 8c verworfen werden müssen. Hypothese 8 kann somit nur eingeschränkt, im Hinblick auf das Risikomuster (A) angenommen werden.

Die im Mustervergleich beobachteten Unterschiede sollen im Folgenden noch differenzierter anhand der einzelnen AVEM-Persönlichkeitsdimensionen betrachtet werden. Die deskriptiven Statistiken für die Einzelskalen (Skalenmittelwerte und Standardabweichungen) sind dem Anhang C 1 zu entnehmen.

Die zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren Gesundheitsgrad und Alter zeigte im Ergebnis für keine der elf Persönlichkeitsskalen signifikante Interaktionen zwischen dem Alter der Beschäftigten und dem Gesundheitsgrad der Unternehmen. Es wurde allerdings ein statistisch signifikanter Haupteffekt des Alters für die Skalen Bedeutsamkeit der Arbeit, Beruflicher Ehrgeiz, Distanzierungsfähigkeit, offensive Problembewältigung und Erfolgserleben im Beruf sowie ein signifikanter Haupteffekt des Gesundheitsgrads für die Skalen Bedeutsamkeit der Arbeit, offensive Problembewältigung und Innere Ruhe/Ausgeglichenheit nachgewiesen (siehe Tabelle 44 auf der folgenden Seite). Bei allen signifikanten Haupteffekten des Gesundheitsgrad zeigen sich nur geringe Effekte. Abbildungen der Skalenmittelwerte mit signifikanten Haupteffekten sind im Anhang C 3 zu finden.

Tabelle 44: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse der AVEM-Skalen (Alter * Gesundheitsgrad) (Prüfgröße $[F]$, p -Wert, Partielles Eta hoch Zwei $[\eta_p^2]$, $n = 864$ Befragte).

Skalen des AVEM		Effekte								
		Alter			Gesundheitsgrad			Alter*GG		
		F	p	η_p^2	F	p	η_p^2	F	p	η_p^2
1	Bedeutsamkeit der Arbeit	3.32	.037	.008	68.58	<.001	.018	0.55	.882	<.001
2	Beruflicher Ehrgeiz	20.73	<.001	.046	0.48	.489	.001	0.34	.711	.001
3	Verausgabungsbereitschaft	0.32	.727	.001	1.44	.230	.002	0.11	.898	<.001
4	Perfektionsstreben	0.62	.538	.001	0.02	.876	<.001	0.19	.831	<.001
5.	Distanzierungsfähigkeit	3.73	.024	.009	0.14	.708	<.001	0.65	.524	.002
6.	Resignationstendenz	0.35	.709	.001	3.14	.077	.004	0.42	.660	.001
7.	Offensive Problembewältigung	3.17	.042	.007	6.30	.012	.007	0.95	.388	.002
8.	Innere Ruhe/Ausgeglichenheit	0.29	.796	.001	4.26	.039	.005	0.59	.844	<.001
9.	Erfolgs erleben im Beruf	9.75	<.001	.022	0.03	.853	<.001	0.49	.614	.001
10.	Lebenszufriedenheit	1.84	.159	.004	0.19	.661	<.001	0.18	.871	<.001
11.	Erleben sozialer Unterstützung	1.05	.351	.002	0.31	.580	<.001	0.13	.878	<.001

9. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es zu untersuchen, inwieweit sich demografiebasierte Maßnahmen positiv auf Bewältigungsstrategien der Dienstleistungsbeschäftigten aller Altersstufen im Allgemeinen und der älteren Beschäftigten im Besonderen auswirken. Die Ergebnisse zu diesen Fragestellungen werden im Weiteren diskutiert. Dabei wird der Erkenntnisgewinn durch die Studie im Rahmen der aufgestellten Hypothesen zunächst für Selbstwirksamkeitserwartungen und dann für arbeitsbezogenes Bewältigungsverhalten diskutiert. Danach werden die Limitationen der Studie skizziert und die Ergebnisse der Studie in den Forschungsstand eingeordnet. Schließlich werden Implikationen für die mögliche praktische Nutzung der Erkenntnisse und künftige Forschungsarbeiten gezogen.

9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

9.1.1 Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug zu Demografie- und Gesundheitsgraden

Die ersten vier Hypothesen hinterfragen die Unterschiede der Selbstwirksamkeitserwartungen von Beschäftigten in Unternehmen. Es wurde angenommen, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen den Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten und dem Umfang der Maßnahmen der Unternehmen zum handlungsrelevanten Demografiemanagement gibt. Dabei interessierte insbesondere die zentrale Fragestellung, inwieweit unterschiedliche Demografie- und Gesundheitsgrade der untersuchten Dienstleistungsunternehmen die Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter positiv beeinflussen. Es wurde davon ausgegangen, dass sich bei dieser Altersgruppe der steigende Demografiegrad positiver auf die Selbstwirksamkeitserwartungen auswirkt als bei den jüngeren Beschäftigten.

Anders als angenommen wurde in der vorliegenden Studie kein positiver Zusammenhang zwischen dem handlungsrelevanten Demografiemanagement der Unternehmen und den Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten statistisch festgestellt. Auch Wechselwirkungseffekte mit dem Alter der Beschäftigten konnten nicht ermittelt werden.

9.1.2 Bewältigungsverhalten in Bezug zu Demografie- und Gesundheitsgraden

Die Hypothesen zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten der Beschäftigten hinterfragen, inwieweit ein unterschiedliches Ausmaß des handlungsrelevanten Demografiemanagements (Demografie- und Gesundheitsgrad) der Unternehmen mit Unterschieden im beruflichen Bewältigungsverhalten der Beschäftigten einhergeht. Die Annahme der Hypothesen 5 und 7 bestand darin, dass Beschäftigte aus Unternehmen mit hohem Demografie- bzw. Gesundheitsgrad

über einen höheren Anteil an Gesundheitsmustern (G) und einen niedrigen Anteil an Risikomustern (A oder B) verfügen als Beschäftigte aus Unternehmen mit einem niedrigen Demografiegrad.

Wie vermutet, zeigen sich hier signifikante Unterschiede mit kleinen Effektstärken. Eine genauere Betrachtung der einzelnen Bewältigungsmuster zeigte jedoch, dass sich ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten nur in Form eines geringeren Anteils des Risikomusters Typ A Verhaltens (A) manifestierte. Das Risikomuster Burnout (B) hingegen wies keine vergleichbaren Unterschiede auf. Das Gesundheitsmuster (G) zeigte zwar deskriptiv höhere Anteile bei höheren Demografie- bzw. Gesundheitsgraden, dieser Effekt bestätigte sich jedoch nicht als signifikant. Die Beschäftigten der demografie- und gesundheitssensiblen Unternehmen, wiesen also nur in Bezug auf das Risikomuster Typ A Verhalten (A) ein „gesünderes“ Bewältigungsverhalten auf.

Bei der Betrachtung altersspezifischer Zusammenhänge in der Hypothese 6 und 8 zeigt sich, dass den Erwartungen entsprechend signifikante Zusammenhänge, hier mit einer kleinen bis mittleren Effektstärke, tatsächlich nur auf die älteren Beschäftigten zurückzuführen sind. Die Betrachtung der einzelnen AVEM-Muster G, A und B zeigte dabei auch für die älteren Beschäftigten das bereits beschriebene Muster: Die älteren Beschäftigten von Unternehmen mit hohen Demografie- und Gesundheitsgraden weisen weniger Risikomuster Typ A Verhalten auf als ältere Beschäftigte von Unternehmen mit geringeren Demografie- und Gesundheitsgraden. Für das Gesundheitsmuster zeigte sich zwar deskriptiv auch hier wieder ein höherer Anteil bei höherem Demografie-/Gesundheitsgrad, dieser Unterschied erwies sich jedoch wiederum nicht als signifikant. Dahingehend kann zusammenfassend geschlussfolgert werden, dass ältere Beschäftigte von den Maßnahmen des handlungsrelevanten Demografiemanagements in erster Linie im Hinblick auf ein verringertes Risikomuster Typ A Verhalten profitieren.

Mit einem differenzierten Blick auf dieses Risikomuster fällt allerdings bei Betrachtung der einzelnen untersuchten Demografiegrade eine Einschränkung auf. Der Anteil des Risikomusters Typ A Verhalten ist zwar, wie eben beschrieben, bei niedrigen Demografiegraden (DG 0/1) höher als bei hohem Demografiegrad (DG 2), jedoch entsprechen die Unterschiede des Bewältigungsverhaltens nicht in gleichem Umfang der Zunahme des Demografiegrads. Vergleicht man nämlich die beiden niedrigen Demografiegrade, so zeigt sich der höchste Anteil des Risikomusters Typ A Verhalten nicht im niedrigsten Demografiegrad (DG 0), sondern im darüber liegenden Demografiegrad (DG 1).

Die zusätzliche Betrachtung der elf Persönlichkeitsdimensionen des AVEM (Skalen) zeigt sowohl für den Demografiegrad als auch für den Gesundheitsgrad signifikante kleine Effekte bei den Skalen der „Bedeutsamkeit der Arbeit“ sowie der „offensiven Problembewältigung“. Für den

Demografiegrad trat zusätzlich ein signifikanter Effekt bei der Skala „Lebenszufriedenheit“ mit einer kleinen Effektstärke auf, für den Gesundheitsgrad ein sehr kleiner Effekt auf der Skala „Innere Ruhe“. Die Berechnung der Wechselwirkung mit dem Alter ergab auf der Ebene der Einzelskalen keinen signifikanten Zusammenhang.

Im Hinblick auf die erwarteten Unterschiede des Bewältigungsverhaltens von Beschäftigten in Unternehmen unterschiedlicher Demografie- und Gesundheitsgrade ist zusammenfassend festzustellen, dass sich sowohl die Demografie- als auch die Gesundheitsgrade positiv auf die Beschäftigten und insbesondere die älteren Beschäftigten auszuwirken scheinen. Allerdings lässt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang ausschließlich in Form eines selteneren Auftretens des Risikomusters Typ A Verhalten nachweisen.

9.2 Limitationen der Studie

Die erste Einschränkung der Stichprobe bildet die Beteiligung der Unternehmen. Sie erfolgte nicht zufällig; vielmehr war die Beteiligung durch ein Interesse zum Zeitpunkt der Erhebung begründet. Nur bei Zufallsstichproben ist eine Verallgemeinerung auf die Population möglich (vgl. Rost, 2007). Damit liefert die vorliegende Erhebung keine repräsentativen Daten hinsichtlich des Demografiemanagements in der Dienstleistungsbranche.

Es besteht eine weitere methodische Einschränkung in der für diese Arbeit genutzten Stichprobe, die mit vier von sechs Unternehmen (Unternehmen 1-4) aus dem Bereich der Finanzdienstleistung stammte, was zu einer Überrepräsentation dieses Dienstleistungsbereichs führte. Ein Unternehmen war der technischen (Unternehmen 5) und ein weiteres Unternehmen der logistischen Dienstleistungsbranche (Unternehmen 6) zuzuordnen. Eine große Herausforderung in der Forschung zur Dienstleistungsbranche stellt die Vergleichbarkeit der Tätigkeiten und des relevanten Umfeldes dar. Die Branche wird als sehr heterogen bezeichnet, weil sehr unterschiedliche Berufe und Tätigkeiten in diesen Wirtschaftszweig fallen (vgl. DIN-Normenausschuss Dienstleistungen, 2016; Kap. 5.1.2). Verlässlichere Aussagen könnten geschaffen werden, wenn Mitarbeitende in einer ausreichenden Anzahl von Unternehmen mit verschiedenen Tätigkeitsschwerpunkten nach ihren Einschätzungen befragt würden.

Bei der Einstufung der Unternehmen in Demografiegrade wurden nur ein Unternehmen (1) als demografiesensibel eingestuft, vier Unternehmen (2 bis 5) wurden als Unternehmen mit geringer demografischer Ausrichtung und wiederum nur ein weiteres Unternehmen (6) als Unternehmen ohne demografische Ausrichtung eingestuft (vgl. Kap. 8.3.1, Tabelle 35). Damit bilden zwei der drei ermittelten Demografiegrade (Grad 0 und Grad 2) auch gleichzeitig zwei einzelne Unternehmen mit ihren individuellen Besonderheiten ab, die möglicherweise in der Studie nicht

berücksichtigt werden konnten. Dadurch könnten unternehmensspezifische Effekte die Ergebnisse beeinflusst haben.

Ebenfalls weist der für die Studie herangezogene Datensatz der Beschäftigten starke Unterschiede zwischen den einzelnen Unternehmen in Bezug auf Alter und Geschlecht auf. Diese heterogene Verteilung kann eine „Verklumpung“ der Stichprobe darstellen und die Ergebnisauswertung beeinflussen (vgl. Rost, 2007). So hatten beispielsweise die Unternehmen mit geringer gesundheitlicher Ausrichtung einen weiblichen Beschäftigtenanteil von rund 80 Prozent, während in den gesundheitssensiblen Unternehmen die Anteile an weiblichen und männlichen Beschäftigten nahezu ausgeglichen waren. Daher könnte es sein, dass nicht nur demografierelevante Maßnahmen, sondern auch unternehmens- und geschlechtsspezifische Unterschiede erfasst wurden.

Auch schwankt die Unternehmensgröße und in diesem Zusammenhang die Anzahl der beteiligten Beschäftigten, die an der Befragung teilgenommen haben, zwischen 28 und 346 Teilnehmenden. Die Qualität der Datensätze schwankt: So nimmt das kleinste Unternehmen (Unternehmen 5) mit 15 Prozent den höchsten Anteil an fehlenden Daten ein. Bei Unternehmen 6 dagegen ist mit 3 Prozent der geringste Anteil an fehlenden Werten zu verzeichnen.

Die Untersuchung bestand aus den Befragungen zu Selbstwirksamkeit und Bewältigungsverhalten der Beschäftigten, deren Ergebnisse als abhängige Variable erfasst wurden. Die Interviews mit Geschäftsführenden und Personalverantwortlichen der Unternehmen dienten zur Gewinnung von Informationen über die unabhängige Variable, den Grad des handlungsrelevanten Demografiemanagements. Anhand der Antworten wurden die Ausprägungen des Demografiemanagements konzeptionell abgegrenzt und die Einstufung der Unternehmen nach Demografie- und Gesundheitsgraden vorgenommen. Die Interviews wurden von der Verfasserin anhand eines Interviewleitfadens allein durchgeführt. Die Befragung erfolgte anhand eines standardisierten Fragebogens mit festgelegten Antwortmöglichkeiten. Diese Form wurde gewählt, um eine möglichst hohe Objektivität und Zuverlässigkeit zu erreichen. Diese Methode ist geeignet, um quantitative Informationen zu erhalten (vgl. Rost, 2007).

Allerdings konnte aufgrund der Wahl dieser Methodik eine Reihe von qualitativen Informationen nicht gewonnen werden. Dies machte sich bei der Einstufung insbesondere des Demografiegrads bemerkbar, die im Anschluss an alle geführten Interviews durch die Verfasserin erfolgte. Im Laufe der Studie zeigte sich, dass es hilfreich gewesen wäre, wenn Informationen über die Art und den Umfang der Demografiemaßnahmen detaillierter in Form von offenen Fragen eruiert worden wären. Damit wäre das Konzept des handlungsrelevanten Demografiemanagements konkreter geworden und dezidierte Unterschiede und Gemeinsamkeiten hätten stärker herausgearbeitet werden können. So konnten die ermittelten Interviewergebnisse nur grobe Aufschlüsse über den gegebenen Untersuchungsgegenstand liefern. Hier liegt ein Ansatzpunkt für künftige Studien.

Möglicherweise waren die Unterschiede in den demografiebasierten Maßnahmen und somit in dem Ausmaß des handlungsrelevanten Demografiemanagements zwischen den hier untersuchten Unternehmen zu klein. Schließlich verfügte jeweils nur ein Unternehmen über den Grad „ohne demografische Ausrichtung“ (Grad 0) und „demografiesensibel“ (Grad 2) und keines der Unternehmen konnte als „demografiebewusst“ (Grad 3) eingestuft werden. Auch im Bereich des Gesundheitsmanagements verteilten sich die Einstufungen je zu 50 Prozent auf eine „geringe gesundheitliche“ und „gesundheitssensible“ Ausrichtung. Kein Unternehmen konnte in den geringsten Grad „keine gesundheitsbewusste Ausrichtung“ (Grad 0) oder den höchsten Grad „gesundheitsbewusst“ (Grad 3) eingestuft werden. Das Fehlen der extremeren Ausprägungen (Grad 0 bzw. Grad 3) könnte das Auffinden von signifikanten Unterschieden zwischen hohen und niedrigen Demografie- bzw. Gesundheitsgraden erschwert haben. Hilfreich wären sicherlich noch mehr Unternehmen mit unterschiedlichen Demografie- und Gesundheitsgraden, also mit differenziertem Vorgehen im Hinblick auf handlungsrelevantes Demografiemanagement gewesen.

Die Beantwortung der Fragen zum Demografie- und Gesundheitsgrad fand innerhalb des Interviews durch die Unternehmensvertretenden statt. Damit trafen die Befragten in den Interviews subjektive Aussagen über ihre eigene Organisation. Die Ergebnisse sind folglich keine objektiv messbaren Variablen. Außerdem ist es möglich, dass die Experten aufgrund der wissenschaftlichen Aktualität wie auch der großen Aufmerksamkeit für das Thema Demografie sozial erwünschte Antworten gaben (vgl. Bronner, 1999).

Der herangezogene Demografie- und Gesundheitsgrad-Datensatz sowie das entwickelte Konzept des handlungsrelevanten Demografiemanagements liefern dennoch erste, vielversprechende Ansatzpunkte für die zu untersuchenden Fragestellungen.

9.3 Diskussion

9.3.1 Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)

In der Dienstleistungsbranche stehen insbesondere psychische Anforderungen im Vordergrund. Ein wichtiger Einflussfaktor für psychische Gesundheit wird in der beruflichen Tätigkeit und der Arbeitsorganisation von Unternehmen verortet (vgl. Ahlers, 2003, Heß, 2015). Es wird vermutet, dass die moderne Arbeitswelt Belastungen mit sich bringt, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken (vgl. Nieges et al., 2012; Siegrist et al., 2012). Bisherige empirische Ergebnisse von Studien weisen darauf hin, dass sich Tätigkeiten in Dienstleistungsunternehmen belastend auf Beschäftigte auswirken könnten (vgl. Badura et al., 2013; Thielen & Kroll, 2013).

Im Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) wird Gesundheit als Resultat von wechselseitigen Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen einer Person und ihrer Umwelt verstanden (vgl. Becker, 1997). Ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserwartungen stellt die subjektive Gewissheit einer Person dar, zu wissen, wie sie eine Aufgabe zu erfüllen hat und gleichzeitig über die Überzeugung zu verfügen die dafür erforderlichen Kompetenzen zu besitzen (vgl. Bandura, 1985). Bisherige Forschungsergebnisse bestätigen die Selbstwirksamkeitserwartungen als interne, personale gesundheitsfördernde Bewältigungsressource, die einen wichtigen Beitrag zum gesundheitlichen Befinden leistet (vgl. Bandura, 2004; Jerusalem & Schwarzer, 1986, Multon et al., 1991; Nerdinger, 2014a; Schwarzer, 1996; 2004; Schmitz & Schwarzer, 2000). Umgekehrt können Maßnahmen des Gesundheitsmanagements u.a. dazu führen, möglichen belastenden Ereignissen durch gezielte Bewältigungsstrategien zu begegnen (vgl. Bandura, 1997).

Ein signifikanter Zusammenhang der unterschiedlichen Demografie- und Gesundheitsgrade der Unternehmen mit den Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten konnte in der vorliegenden Studie jedoch nicht nachgewiesen werden. Möglicherweise sind die Unterschiede der Unternehmen im Hinblick auf Maßnahmen des handlungsrelevanten Demografiemanagements noch zu gering. So war das Ausbleiben der Effekte möglicherweise durch eine zu geringe Varianz in den Demografie- bzw. Gesundheitsgraden der untersuchten Unternehmen bedingt (vgl. Kapitel 9.2). Es ist nicht auszuschließen, dass die fehlenden extremeren Unternehmensausprägungen des handlungsrelevanten Demografiemanagements die Beobachtung eines statistisch signifikanten Effekts in der vorliegenden Studie verhindert haben.

Bisherige Untersuchungen lassen bei unterschiedlichen Altersstufen keine Unterschiede mit Blick auf die psychische Gesundheit vermuten (vgl. Carstensen & Lang, 2007; Hinz et al., 2006; Schumacher et al., 2005; Zoer et al., 2011). Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Studie lag auf den älteren Dienstleistungsbeschäftigten und es wurde ein positiver Zusammenhang zwischen handlungsrelevantem Demografiemanagement (hohe Demografie- und Gesundheitsgrade) und steigenden Selbstwirksamkeitserwartungen vermutet. Hintergrund für diese Annahme lieferten Untersuchungsergebnisse, die zeigten dass ältere Beschäftigte die glaubten, dass Führungskräfte unerschwerlich stereotype Altersbilder und wenig Orientierung über erbrachte Leistungen vermitteln, wiederum niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen aufweisen (vgl. Maurer, 2008; Noefer et al., 2009; Schwarzer, 2004). Deshalb wurde im Rahmen der vorliegenden Studie angenommen, dass handlungsrelevantes Demografiemanagement, insbesondere die drei Handlungsfelder: Führungs- und Unternehmenskultur, Analyse und Organisation und altersgerechte Qualifikation zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter führen könnten.

Diese Annahme wurde nicht bestätigt: Positive Auswirkungen demografiebasierter Maßnahmen auf die Selbstwirksamkeitserwartungen älterer Beschäftigter konnten nicht ermittelt werden. Auch hier stellt wiederum die geringe Varianz der Demografie- und Gesundheitsgrade unter den untersuchten Unternehmen eine mögliche Erklärung dar.

Darüberhinaus ist anzumerken, dass die untersuchten älteren Dienstleistungsbeschäftigten durchweg höhere Selbstwirksamkeitserwartungen zeigten. Die Werte der Vergleichsstichprobe von Schwarzer (1999) weisen bei den älteren Beschäftigten etwas geringere Selbstwirksamkeitswerte als die Werte der vorliegenden Stichprobe auf (siehe Tabelle 27). Die höheren Selbstwirksamkeitserwartungen der vorliegenden Studie im Vergleich zur Norm reihen sich jedoch in die Ergebnisse vergleichbarer Studien zu Dienstleistungsunternehmen ein, die bei Dienstleistungspersonen davon berichten, dass hohe Selbstwirksamkeitserwartungen mögliche negative Auswirkungen, zum Beispiel der im Kapitel 5.2 geschilderten Interaktionsarbeit moderieren (vgl. Heuven et al., 2006; Pugh et al. 2010). Damit sind es möglicherweise die geschilderten spezifischen Anforderungen der Dienstleistungstätigkeit, die sogar einen positiven Einfluss auf Stressbewältigungsstrategien und mögliche Widerstandressourcen der Beschäftigten ausüben oder diese wechselseitig bedingen (vgl. Antonovsky, 1997; Franke, 2012; Hess & Strauß, 2016).

9.3.2 Bewältigungsverhalten (AVEM)

Schaarschmidt (2004) verweist auf die Wahrscheinlichkeit, dass unterschiedliche Bewältigungsmusterausprägungen auf mögliche förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen der Unternehmen deuten können. Mit der vorliegenden Studie wurde statistisch überprüft, ob sich Demografie- und Gesundheitsmanagement als förderliche organisationale Rahmenbedingung positiv auf das arbeitsbezogene Verhalten und Erleben der Dienstleistungsbeschäftigten auswirkt und zu gesünderem Bewältigungsverhalten führt.

Ein wesentlicher Fokus dieser Arbeit lag auf dem Bewältigungsverhalten der älteren Beschäftigten in Dienstleistungsunternehmen. Bisherige Studien zum arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben treffen keine einheitlichen altersspezifischen Aussagen (vgl. Kapitel 4.2.2). Auch zu gezielten demografiebasierten Maßnahmen der Unternehmen und möglichen Auswirkungen auf das Bewältigungsverhalten älterer Beschäftigter in Dienstleistungsunternehmen liegen keine vergleichbaren Studien vor. Deshalb sind vergleichende Forschungsergebnisse nur über das altersspezifisches Bewältigungsverhalten im Allgemeinen möglich und diese Ergebnisse sind widersprüchlich: So berichtet Schaarschmidt (2003) über unterschiedliche Ergebnisse untersuchter Lehrer: So sei bei einer Gruppe der älteren Lehrer der Prozentanteil des gesunden Musters hoch und der Anteil des Risikomusters Burnout niedrig, während in einer weiteren Gruppe von Lehrern genau das umgekehrte Verhältnis gemessen wurde, der Prozentanteil des gesunden Musters nahm

ab und der Anteil des Risikomusters Burnout wiederum zu. Auch Peters (2013) ermittelte in einer empirischen Studie bei Waldorflehrern, dass mit zunehmendem Alter die Prozentanteile des gesunden Musters zurückgehen, hier allerdings zugunsten des Schonungsmusters, das wiederum zunimmt. Bartsch (2011) berichtet in ihrer Studie davon, dass Führungskräfte im Polizeidienst mit zunehmendem Dienstalter über einen sinkenden Anteil des Gesundheitsmusters und einen steigenden Anteil des Risikomusters Typ A Verhalten verfügen. Kieschke (2003) dagegen ermittelt bei Existenzgründern keinen altersbezogenen Einfluss auf die Typenverteilung.

In den genannten Studien werden im Wesentlichen Musterveränderungen im Altersvergleich dargestellt. Allen Studien ist gleich, dass hier der Anteil des Gesundheitsmusters im Alter abnimmt, während die Auswirkungen im Hinblick auf das Schonungsmuster und die Risikomuster unterschiedlich ausfallen. Mit der vorliegenden Untersuchung vergleichbare Studien, die spezifisch den Einfluss des handlungsrelevanten Demografiemanagements auf das Bewältigungsverhalten untersuchen, liegen hingegen weder für Beschäftigte im allgemeinen noch für ältere Beschäftigte im Besonderen vor.

Die vorliegende Studie gibt erste Hinweise darauf, das handlungsrelevante Demografiemanagement einen möglichen Zusammenhang mit dem Sinken des Risikomusters Typ A Verhalten aller Beschäftigten und insbesondere der älteren Beschäftigten unterstützen kann. Bei einer genaueren Betrachtung der Einzelskalen zeigt sich, dass sich das „gesündere“ Bewältigungsverhalten bei höheren Demografie- und Gesundheitsgraden vor allem in einer geringeren subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit, einer höheren Lebenszufriedenheit sowie einer stärkeren inneren Ruhe zeigt (siehe Tabelle 16).

Da diese positiven Effekte nicht mit dem erwarteten Anstieg Gesundheitsmuster einhergingen, könnte mit dem Fehlen von Unternehmen im Zusammenhang stehen, die entweder gar kein oder ein umfangreiches handlungsrelevantes Demografiemanagement betreiben. Das Risikomuster Burnout tritt entgegen den Annahmen, bei Beschäftigten von Unternehmen mit höheren Demografie- und Gesundheitsgraden nicht seltener auf als bei Beschäftigten von Unternehmen mit geringerem handlungsrelevanten Demografiemanagement. Hier stellt die Beeinflussung durch unternehmensspezifische Effekte eine mögliche Erklärung dar und eine Untersuchung von mehreren Unternehmen in allen Demografie- und Gesundheitsgraden scheint nötig, um potenzielle Einflüsse des handlungsrelevanten Demografiemanagements auch auf die Anteile gesunder Bewältigungsmuster und Burnout-Muster endgültig aufzuklären.

Betrachtet man die Bewältigungsmuster der vorliegenden Stichprobe der Dienstleistungsbeschäftigten in der Gesamtheit im Vergleich zur Normstichprobe, zeigt sich insgesamt eine gute Verteilung in Bezug auf das Gesundheitsmuster, das mit 34,1 Prozent stärker repräsentiert ist als in der

Normstichprobe, und das Risikomuster Typ A Verhalten, das mit 17,7 Prozent geringer repräsentiert ist. Der Anteil des Schonungsmusters und des Risikomusters Burnout dagegen entspricht dem Anteil der Normstichprobe (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2008; siehe auch Tabelle 27).

Der immer noch beachtliche Anteil des Schonungsmusters, das in der vorliegenden Stichprobe mit 29,8 Prozent repräsentiert ist, wirft darüber hinaus die Frage nach möglichen Ressourcen in der Dienstleistungsbranche auf; denn die Bewältigungsmuster sind veränderbar (vgl. Schaarschmidt, 2005). Dies scheint insbesondere deshalb für alle Beteiligten wichtig, weil in der Dienstleistungstätigkeit die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der Beschäftigten und die Bedürfnisse des Kunden zusammentreffen. Die Rahmenbedingungen und Strukturen der Unternehmen sind deshalb eine wichtige Voraussetzung, um diese Anforderungen und Dimensionen in Einklang zu bringen (vgl. Bauer & Braun, 2014), da es in diesem Sektor um die Herstellung einer Balance zwischen den Kundenwünschen, den Unternehmensinteressen und den Interessen der Beschäftigten geht (vgl. Haipeter, 2011; Kanning & Bergmann, 2006). Ergebnisse von Pugh (2001) zeigen, dass angezeigte Emotionen von Beschäftigten wichtige Konsequenzen für die Organisationen eines Unternehmens haben können, da sie sich positiv auf den Kunden und die Kundenbewertungen der Servicequalität auswirken. Folglich ist das Ergebnis für Dienstleistungsunternehmen mit einem hohen Anteil der Beschäftigten an Schonungsmustern vermutlich nicht zufriedenstellend.

9.3.3 Handlungsrelevantes Demografiemanagement (HDEM)

In der vorliegenden Studie wurde davon ausgegangen, dass insbesondere die weiteren drei Handlungsfelder, Führungs- und Unternehmenskultur, Analyse und Organisation und alternsgerechtes Qualifizierungsangebot dazu beitragen, neutrale Altersbilder zu unterstützen und den Aufbau einer Lernkultur fördern, um Altersvielfalt zu begegnen (vgl. Grabbe & Richter, 2014). Gleichzeitig wird damit die Voraussetzung für die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit aller Altersgruppen gewährleistet (vgl. Richenhagen (2009). Maurer (2001) beschreibt die Selbstwirksamkeit als eine wichtige Variable, die durch diese Interventionen verändert oder beeinflusst werden kann. Gezielte Qualifikationen und on-the-job-Entwicklungen lassen einen wichtigen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit älterer Beschäftigter vermuten (vgl. ebenda, 2001, S.130). Die Qualifizierung der Führungskräfte im Hinblick auf die Führung altersgemischter Teams und die Formulierung von Feedback als weitere, wichtige Quelle der Selbstwirksamkeit wird in der Studie von Noefer et al. (2009) bestätigt.

In der vorliegenden Untersuchung konnte festgestellt werden, dass in keinem Dienstleistungsunternehmen ein umfängliches Demografiemanagement stattfindet. In wenigen Unternehmen wurden lediglich vereinzelt demografierelevante Maßnahmen umgesetzt. Dieses Ergebnis entspricht dem aktuellen Forschungsstand: So ermittelte Schirmer (2012, 2015) in seinen Online-Befragungen der

Demografie-Exzellenz Studien, 2012 in Baden Württemberg und 2015 deutschlandweit, dass die Unternehmen sich zwar der demografischen Risiken bewusst sind, daraus jedoch keine hinreichenden Konsequenzen für das eigene Unternehmen ableiten. Folglich nehmen Unternehmen zwar die Wichtigkeit des Themas stärker wahr, sind in der Umsetzung allerdings noch weit von einer Sensibilität, geschweige denn einer umsetzungsstarken Haltung dem Thema Demografie gegenüber entfernt (vgl. Frerichs, 2016).

Für die vorliegende Studie bedeutet dies eine Einschränkung in der Aussagefähigkeit bezüglich des Einflusses von Demografiemanagement, denn kein Unternehmen wurde mit dem höchsten Demografiegrad versehen und die Maßnahmen der Unternehmen mit den geringeren Demografiegraden 1 und 2 waren gegebenenfalls für die Beschäftigten noch nicht spürbar. In Folge dessen konnten die vermuteten Wirkungen des Demografiemanagements in letzter Konsequenz nicht ermittelt werden, weil diese gar nicht in ausreichendem Maße stattgefunden haben (vgl. Kapitel 9.3.1 und 9.3.2).

Gesundheitsmanagement allein betrachtet, führen demgegenüber alle sechs untersuchten Unternehmen durch. Die Hälfte der Organisationen weist eine geringe Gesundheitsausrichtung vor, die andere Hälfte kann als gesundheitssensibel eingestuft werden. Dieses Ergebnis wird ebenfalls von anderen Studien bestätigt (vgl. Freidank, et al., 2011; Schirmer, 2016). Andererseits sollte die Tatsache, dass der Entwicklungsstand der Unternehmen im Hinblick auf das Demografiemanagement noch nicht genauso weit fortgeschritten ist, gar nicht so sehr erstaunen, denn die Entwicklungen des Gesundheitsmanagements der letzten zehn Jahre zeigen, wie lange ein Veränderungsprozess braucht, ehe er sich auf politischer, gesellschaftlicher, unternehmerischer und individueller Ebene etabliert hat und zu ersten Früchten und Ergebnissen führen kann (vgl. Kap. 6.2.4). Das Gesundheitsmanagement hat sich als eine solche Haltungsfrage zwischenzeitlich in den Unternehmen etabliert und wird auch finanziell von den Krankenkassen und dem Gesetzgeber positiv unterstützt. So macht das Ergebnis der Studie von Berblinger et al. (2013) deutlich, dass die besser aufgestellten Unternehmen mindestens fünf Jahre brauchten, um zumindest in ausgewählten Handlungsfeldern die Prozesskette von der Sensibilisierung über die Ableitung von Handlungsmaßnahmen und deren Implementierung bis hin zur Kontrolle zu durchlaufen.

Wie oben beschrieben, war dieser Stand beim Demografiemanagement in den untersuchten Unternehmen der vorliegenden Studie noch nicht erreicht. Ein möglicher Grund für das Erkennen, aber nicht Handeln im Bereich des Demografiemanagements kann an der Frühverrentung der älteren Beschäftigten liegen (vgl. Pack et. al., 2000). Mit Blick auf das umfassende Demografiemanagement ist deshalb anzunehmen, dass eine veränderte Haltung sowohl bei den Akteuren selbst als auch bei den Organisationen notwendig ist und vermutlich noch einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen wird. Maßnahmen der Personalentwicklung sind frühzeitig unabdingbar und dauerhaft bzw. lebenslang notwendig und müssen vor allem praxisgerecht trainiert und eingesetzt wer-

den (vgl. Maurer T. J., 2001; Frerichs, 2016).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auch die in dieser Studie untersuchten Unternehmen zumindest teilweise bereits die Möglichkeiten nutzen, den Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen. Der demografische Wandel ist im Alltag der untersuchten Dienstleistungsunternehmen angekommen, stellt neue Anforderungen an die innovationsförderliche Unternehmens- und Führungskultur, die Analyse und Organisation, die alternsgerechte Qualifizierung und das Thema Gesundheit. Allerdings ist der Umfang der Umsetzung von Unternehmen zu Unternehmen unterschiedlich und der Spielraum nach oben für die meisten Unternehmen noch sehr groß. Das Konzept des handlungsrelevanten Demografiemanagements zielt darauf ab, alle Beschäftigten unabhängig von deren Alter und vom Bildungsstand vollumfänglich in die Wertschöpfungskette zu integrieren. Mit diesem Konzept können die Unternehmen auf die Bedürfnisse der Beschäftigten aller Altersstufen eingehen, berücksichtigen allerdings insbesondere die speziellen Belange der älteren Generation. Um die gewünschten Effekte zu erzielen, kann handlungsrelevantes Demografiemanagement möglicherweise unterstützen. Die Schaffung von Strukturen für alternsgerechtes Arbeiten wird im Rahmen dieser Arbeit als grundlegende unternehmensspezifische Aufgabe und Haltung verstanden. Gesundheitsmanagement stellt nach diesem Verständnis einen einzurichtenden Teilaspekt des handlungsorientierten Demografiemanagements eines Unternehmens dar. Das Gesundheitsmanagement erweist sich durch die vorliegende Studie als das Handlungsfeld, mit dem sich die Unternehmen bisher am meisten befasst haben. Auch vor dem Hintergrund, dass Beschäftigte künftig später in Rente gehen werden, ist die Gesunderhaltung der Mitarbeitenden bereits verstärkt zum Ziel der Unternehmen geworden. Allerdings reicht dieses Handlungsfeld allein in Zukunft nicht aus (vgl. Deller et al., 2008).

Damit deutet die vorliegende Arbeit auf die Möglichkeit hin, mit Hilfe des Konzepts des handlungsrelevanten Demografiemanagements die Ressourcen der Dienstleistungsbeschäftigten gesundheitsförderlich erhalten oder gar wandeln zu können. Die Ergebnisse der durchgeführten Erhebung zeigen auf, dass derzeit das Thema Gesundheit für die Dienstleistungsunternehmen von besonderer Bedeutung ist. Dies macht sich in den Bewältigungsstrategien der Beschäftigten bemerkbar, die, vor allem bei den älteren Beschäftigten, eine deutliche Reduktion des Risikoverhaltens Typ A bei erhöhtem Demografie- und Gesundheitsmanagement zeigen.

Im Dienstleistungsbereich kann die Frage diskutiert werden, inwieweit die Unterschiedlichkeit der Betätigungsfelder im Zusammenhang mit den Musterverteilungen steht oder inwieweit sich die Ausprägungen als Ergebnisse der spezifischen Rahmenbedingungen darstellen, denn die Bewältigungsmuster sind nicht statisch, sondern veränderbar (Schaarschmidt, 2005). Im Hinblick auf die Wechselwahrscheinlichkeit der Muster ruft dieses Ergebnis förmlich nach handlungsrelevantem Demografiemanagement, um die Ressourcen der Dienstleistungsbeschäftigten für alle Beteiligten gesundheitsförderlich zu erhalten oder zu wandeln. Der immer noch beachtliche Anteil des Scho-

nungsmusters deutet darüber hinaus darauf hin, dass die Unternehmen über schlummernde Ressourcen bei den Beschäftigten verfügen, die ihre Ansprüche an die eigene Leistungsbereitschaft möglicherweise zurückgeschraubt haben. Der zwar der Norm entsprechende, aber dennoch nennenswerte Anteil des Burnoutmusters, sogar in Unternehmen mit hohem Demografie- und Gesundheitsgrad, wirft für die Gesundheitsprävention und die Organisationsentwicklung wichtige Fragen auf, um künftige gesundheitliche Beeinträchtigungen der Beschäftigten zu minimieren. Damit rücken die drei anderen Handlungsfelder des handlungsorientierten Demografiemanagements in den Fokus, altersgerechte Unternehmens- und Führungskultur, Analyse und Organisation sowie altersgerechte Qualifikationsangebote. Die Ergebnisse der durchgeführten Erhebung zeigen auf, dass insbesondere das Thema Demografie und Gesundheit für die Dienstleistungsunternehmen von Bedeutung ist um sich für die Zukunft des demografischen Wandels gut aufzustellen.

9.4 Implikationen und Ausblick

Ausgangspunkt für den theoretischen Teil dieser Arbeit war die Annahme, dass der demografische Wandel neue Konzepte im Umgang mit Beschäftigten in Dienstleistungsunternehmen benötigt. Es wurde die Notwendigkeit identifiziert, dass ein handlungsrelevantes Demografiemanagement wichtig ist, um die künftigen Ziele im demografischen Wandel zu erreichen. Im empirischen Teil dieser Arbeit wurde untersucht, in welchem Umfang, gemessen an Demografie- und Gesundheitsgraden, das im Rahmen einer Inhaltsanalyse entwickelte Konzept des handlungsrelevanten Demografiemanagements von den in die Stichprobe eingeschlossenen sechs Unternehmen eingesetzt wird und ob sich ein Zusammenhang mit dessen Umfang in den Selbstwirksamkeitserwartungen einerseits und dem arbeitsbezogenem Verhalten und Erleben der Beschäftigten andererseits statistisch nachweisen lässt. Vor diesem Hintergrund war die Kernfrage, inwieweit sich handlungsrelevantes Demografiemanagement der Unternehmen, insbesondere bei den älteren Beschäftigten positiv auf deren Selbstwirksamkeitserwartungen und arbeitsbezogene Bewältigungsmuster auswirken würde.

Die vorliegende Studie zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Maßnahmen des handlungsrelevanten Demografiemanagements und dem Bewältigungsverhalten vor allem der älteren Beschäftigten ausschließlich im Bereich des Risikomusters Typ A Veralten. Eine Zunahme des Gesundheitsmusters bei älteren Beschäftigten konnte zwar in der Tendenz beobachtet, aber nicht statistisch signifikant nachgewiesen werden. Im Hinblick auf das Gesundheitsmuster und das Risikomuster Burnout sind bei künftigen Studien differenziertere Analysen von mehr beteiligten Unternehmen notwendig, um mögliche Auswirkungen eindeutiger statistisch nachweisen oder verwerfen zu können.

Dennoch scheint die vorliegende Forschungsarbeit von relevantem Interesse für die Wissenschaft und vor allem für die an dieser Studie beteiligten Dienstleistungsunternehmen. Gleichzeitig kann

sie als Basis sowohl für weitere Studien als auch für praktische Handlungshinweise mit älter werdenden Belegschaften dienen. Das im Rahmen des theoretischen Teils entwickelte Konzept des handlungsrelevanten Demografiemanagements kann als Rahmen für weitere Erhebungen und praktische Umsetzungen genutzt werden. Aber auch der Einzelne selbst kann mithilfe dieses Konzepts Informationen für seinen persönlichen Umgang mit Belastungssituationen generieren.

Für die Unternehmen scheint sich durch die Verschiebung der Beschäftigtenstruktur im Hinblick auf das Alter eine veränderte Haltung im Umgang mit älteren Beschäftigten in Unternehmens- und Führungskultur von großer Bedeutung zu sein. Diese Notwendigkeit haben einige der beteiligten Unternehmen realisiert. Handlungsrelevantes Demografiemanagement, ernsthaft und nachhaltig umgesetzt, könnte im Laufe der Jahre zu einem balancierten Unternehmen führen, in dem die Akteure sich weder zu sehr auf die Jugend noch zu sehr auf das Alter konzentrieren (vgl. Amrhein, 2010).

Ausblickend lässt sich ein dringlicher empirischer Forschungsbedarf im Bereich des Demografiemanagements und des Bewältigungsverhaltens feststellen. Wissenschaft und Unternehmenspraxis stehen vor der Herausforderung, den demografischen Wandel abzubilden und geeignete Maßnahmen als Reaktion zu definieren. Diese Forschungsarbeit stellt eine Grundlage dar und soll mit ihren Erkenntnissen sowie Ansätzen zu weiterer Forschungsarbeit motivieren und liefert damit einen wissenschaftlichen Beitrag zu einem Forschungsfeld, das sich mit sehr komplexen und multidimensionalen Wirkungszusammenhängen auf personaler und organisationaler Ebene beschäftigt. Hier bedarf es noch weiterer Studien, insbesondere quantitativer und vermutlich auch interdisziplinärer Erhebungen.

So lassen sich aus dem untersuchten Kontext zahlreiche weitere Forschungsansätze ableiten und es bieten sich Anknüpfungspunkte für weitere empirische Studien. Künftige Studien sollten deutlich mehr Unternehmen vergleichen und auch der Anteil an Unternehmen, die bereits ein hohes Maß an Demografiemanagement betreiben sollte dabei erhöht werden. Auch ist die Einbindung weiterer Branchen sicherlich hilfreich, um arbeits- und bereichsspezifische Anforderungen im Umgang mit älteren Beschäftigten zu hinterfragen.

Deller et al. (2008) beschreiben Demografiemanagement als großes Veränderungsprojekt. In diesem Sinn kann es für künftige Forschungsvorgehen nützlich sein, im Rahmen einer Längsschnittstudie über zwei bis drei Jahre einen möglichen Einfluss von handlungsrelevantem Demografiemanagement zu hinterfragen. Anhand dieser Ergebnisse kann geprüft werden, ob die Maßnahmen zu Veränderungen in beruflichem Bewältigungsverhalten bei den älteren Beschäftigten führen.

Mit Blick auf die derzeit diskutierte Digitalisierung der Dienstleistungsunternehmen und den damit

verbundenen Veränderungen im Hinblick auf selbstbestimmte Formen von Führung und Zusammenarbeit ist möglicherweise auch das Thema der stressreduzierenden sozialen Unterstützung durch Führung, verbunden mit selbstwirksamkeitsfördernden Rückmeldungen von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhang könnte die Frage interessant sein, das Handlungsfeld Führung und Organisation unter dem Aspekt des älteren Beschäftigten zu hinterfragen und weiter zu erforschen, ob sich dabei wiederum eine Auswirkung auf die Bewältigungsmuster der älteren Beschäftigten nachweisen lässt.

Die vorliegende Arbeit liefert konkrete Ansatzpunkte dafür, dass sich der Blick auf dieses wichtige Konzept des handlungsorientierten Demografiemanagements lohnt und dass zu vermuten ist, dass sich dieses Konzept positiv auf die Bewältigungsstrategien vor allem der älteren Beschäftigten auswirken wird. Damit erhalten nicht nur Unternehmen ein Konzept, um adäquat auf eine steigende Anzahl älterer Beschäftigter zu reagieren, sondern auch der Wissenschaft wird es ermöglicht, bestehende Konzepte zu überdenken und zu erweitern.

Literaturverzeichnis

- Abele, A., Stief, M. & Andrä, M. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44 (3), 145-151.
- Adecco Institute. (2009). *Die Demografische Fitness-Umfrage: Europa 2008*. Zugriff am 08.02.2017 unter [http://www.demografie-exzellenz.delfileadminlpdf/Adecco-Institut Demographic-FitnessDe-2008.pdf](http://www.demografie-exzellenz.delfileadminlpdf/Adecco-Institut%20Demographic-FitnessDe-2008.pdf)
- Adenauer, S. (2002). Die Potenziale älterer Mitarbeiter im Betrieb erkennen und nutzen. *Angewandte Arbeitswissenschaft*, 172, 19-34.
- Adenauer, S. (2015). Demografischer Wandel und Auswirkungen auf Unternehmen. In ifaa (Hrsg.), *Leistungsfähigkeit im Betrieb – Kompendium für den Betriebspraktiker zur Bewältigung des demografischen Wandels* (S. 3-26). Berlin: Springer.
- Ahlers, E. (2003). *Arbeitsbedingungen, Leistungsdruck, Gesundheit am Arbeitsplatz. BMBF-Projekt: Dienst-Leistung(s)-Arbeit, WSI-Betriebs-und Personalrätebefragungen* (WSI Diskussionspapier No. 112). Kiel: Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2006). *Nachdenken über das Alter. Allensbacher Berichte*. Zugriff am 28.03.2016 unter http://www.ifdallensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/prd_0615.pdf
- Allmendinger, J. & Ebner, C. (2006). Arbeitsmarkt und demografischer Wandel. *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie*, 50, 227 – 239.
- Amrhein, L. (2010). Altersintegration als Rezept gegen Ageism? Anmerkungen zum Konzept der „Age Integration“ von Matilda W. Riley. In K.Brauer & Clemens W. (Hrsg.), *Zu alt? Ageism und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten* (S. 81-96). Wiesbaden: Springer.
- Aner, K., Karl, F. & Rosenmayr, L. (2007). Die neuen Alten – Retter des Sozialen? Anlass und Wandel gesellschaftlicher und gerontologischer Diskurse. In K. Aner, F. Karl & L. Rosenmayr (Hrsg.), *Die neuen Alten – Retter des Sozialen?* (S. 13-38). Wiesbaden: VS.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (1. Aufl.; A. Franke, Übers.). Tübingen: dgvt.
- Arnold, K. (1991). Altern und Leistung: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Altern und Leistung* (S. 152-167). Stuttgart: Enke.
- Arold, H. (2005). Beanspruchungsmuster und Intervention. In U. Schaarschmidt (Hrsg.), *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (2. Aufl., S. 104-123). Weinheim/Basel: Beltz.
- Ashforth, B. E. & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of management review*, 18 (1), 88-115.
- Avolio, B., Waldman, A. & MacDaniel, A. (1990). Age and work performance in nonmanagerial jobs: The effects of experience and occupational type. *Academy of Management Journal*, 33 (2), 407-422.
- Backes, G. & Clemens, W. (2013). *Lebensphase Alter – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (4. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.

- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M., Behr, M. (2013). *Sozialkapital* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation* (2. Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of development theory. *American psychologist*, 52, 366 – 381.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. das ist korrekt sie heißt Margret M Baltes (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 85-105.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1994). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In P. B. Baltes, J. Mittelstraß & U. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie* (S. 1-34). Berlin/New York: Walter de Gruiter.
- Bamberg, E. (2007). Belastung, Beanspruchung, Stress. In H. Schuler & K. Sonntag (Hrsg.), *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 141-148). Göttingen: Hogrefe.
- Bamberg, E. & Busch, C. (2006). Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 50 (4), 215-226.
- Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). *Stress- und Ressourcenmanagement – Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt* (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Greiner, B. (2004). Betriebliche Gesundheitsförderung: Theorie und Praxis, Anspruch und Realität. In G. Steffgen (Hrsg.) *Betriebliche Gesundheitsförderung. Problembezogene psychologische Interventionen* (S. 11-35). Göttingen: Hogrefe.
- Bamberg, E., Mohr, G. & Busch C. (2012). *Arbeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bamberg, E. & Vahle-Hinz, T. (2014). Belastungen und Ressourcen. In H. Schuler & U. P. Kanning (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie* (3. Aufl., S. 1031-1077). Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1976). Verhaltenstheorie und die Modelle des Menschen . In *Lernen am Modell - Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie* (1. Aufl., S. 205-229). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 37, 125-139.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (ed.), *Self-efficacy in Changing Societies* (pp. 1-45). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior*, 31 (2), 143-164.
- Bartsch, N. (2011). *Belastungs- und Führungserleben im Polizeidienst: Einschätzung durch Vorgesetzte und Mitarbeiter sowie Zusammenhang mit Führungskräfte trainings*. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.

- Bartsch, N., Ebeling, N. & Jürgens, B. (2011). Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenem Verhaltens- und Erlebensmuster und dem Dienstalter von Polizeibeamten. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 46, 530-537.
- Bauer, G. & Gregor, J. (2015). Gesundheit in Wirtschaft und Gesellschaft. In K. Moser (Hrsg.), *Wirtschaftspsychologie* (S. 208-224). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bauer, W. & Braun, M. (2014). Zukunftsforschung: Wie werden wir in 20 Jahren arbeiten? In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014* (S. 11-20). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Becker, F. G., Bobrichtchew, R. & Henseler, N. (2006). Ältere Arbeitnehmer und alternde Belegschaften. *Zeitschrift für Management*, 1, 68-87.
- Becker, M. (2011). Optimistisch altern!: Theoretische Grundlagen und empirische Befunde demographiefester Personalarbeit für altersgemischte Belegschaften. In A. Ritz & N. Thom (Hrsg.), *Talent Management – Talente identifizieren, Kompetenzen entwickeln, Leistungsträger erhalten* (2. Aufl., S. 39-56). Wiesbaden: Springer
- Becker, P. (1997). Prävention und Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Aufl., S. 517-534). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. & Jansen, L. (2006). Chronischer Stress, Persönlichkeit und selbstberichtete körperliche Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen konkurrierender theoretischer Modelle. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (3), 106-118.
- Becker, P. & Minsel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit – Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten* (Bd. 2). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P., Schulz, P. & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1 (12), 11-23.
- Behrens, J. & Frerichs, F. (2003). Training, skills and performance of ageing workers – Issues, measures and models. In H. Buck & B. Dworschak (eds.), *Ageing and work in Europe* (pp. 107-110). Stuttgart: Fraunhofer Institute for Industrial Engineering (Fraunhofer IAO).
- Bellmann, L. (2014). Soziologische Sicht auf den Wandel in der Arbeitswelt. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014* (S. 21-25). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bellmann, L., Gewiese, T. & Leber, U. (2006). Betriebliche Altersstrukturen in Deutschland. *WSI-Mitteilungen*, 8, 427-432.
- Bellmann, L., Hilpert, M., Kistler, E. & Wahse, J. (2003). Herausforderungen des demografischen Wandels für den Arbeitsmarkt und die Betriebe, *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 36 (2), 133-149.
- Bellmann, L., Kistler, E. & Wahlse, J. (2007). *Demographischer Wandel: Betriebe müssen sich auf alternde Belegschaften einstellen* (IAB Kurzbericht, Ausgabe 21). Nürnberg: IAB.
- Bender, S.-F. (2007). Age-Diversity: Ein Ansatz zur Verbesserung der Beschäftigungssituation älterer ArbeitnehmerInnen? In U. Pasero, Backes G. M. & Schroeter K. (Hrsg.) *Altern in Gesellschaft Ageing – Diversity – Inclusion* (S. 185-210). Wiesbaden: VS.

- Bender, S.-F. (2010). Age-Diversity: Wertschätzung statt Abwertung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer? . In K.Brauer & Clemens W. (Hrsg.), *Ageism und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten* (S. 171-186). Wiesbaden: Springer.
- Bengel, J., Schrittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6). Köln: BzGA
- Benz, M. (2010). *Personalmanagement in Zeiten des Demographischen Wandels. Zukünftige Herausforderungen für groß- und mittelständische Unternehmen mit Fokus auf die Zielgruppe der älteren Arbeitnehmer*. Dissertation, Universität Bonn.
- Berblinger, S., Duranová, L. & Knörzer, M. (2013). Demografiemanagement in deutschen Unternehmen. In M. Göke & T. Heupel (Hrsg.), *Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels* (S. 383-395). Wiesbaden: Springer.
- Bergmann, B., Prescher, C. & Eisfeldt, D. (2006). Alterstrends der Innovationstätigkeit bei Erwerbstätigen. *Arbeit* , 15 (1), 18-28.
- Bertelsmann Stiftung & Mercer. (2012). *Den demografischen Wandel im Unternehmen managen. Ergebnisbericht einer Studie von Mercer und der Bertelsmann Stiftung*. Zugriff am 06.08.2016 unter [demografie-netzwerk.de](http://www.demografie-netzwerk.de): http://www.demographie-netzwerk.de/fileadmin/content/news/pdf/xcms_bst_dms_35961_35962_2.pdf
- Bertschek, I. & Meyer, J. (2010). *IT is never too late for changes? Analysing the relationship between process innovation, IT and older workers* (ZEW Discussion Papers, No. 10-053). Kiel: Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.
- Bethge, M., Radoschewski, F. & Müller-Fahrnow, W. (2009). Work stress and work ability: cross-sectional findings from the German sociomedical panel of employees. *Disability and Rehabilitation* , 31 (20), 1692-1699.
- Beutel, M. E., Zwerenz, R., Kayser, E., Schattenburg L. & Knickenberg, R.J. (2004). Berufsbezogene Einstellungen, Ressourcen und Risikomerkmale im Therapieverlauf. Eignet sich der AVEM als Messverfahren für psychisch Kranke? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (2), 110-119.
- Biallas, B., Philip, A., Wilke, C., Elis, T. & Froboese, I. (2015). Tätigkeits- und altersbezogene Analyse von Arbeitsfähigkeit und körperlicher Aktivität. *Prävention und Gesundheitsförderung* , 10 (3), 199-205.
- Bieber, D. & Geiger, M. (2014). Personenbezogene Dienstleistungen in komplexen Dienstleistungssystemen – eine erste Annäherung. In D. Bieber & D. Geiger, *Dienstleistungen im Kontext komplexer Wertschöpfung* (S. 9-50). Wiesbaden: Springer.
- Bieling, G. (2011). *Age Inclusion: Erfolgsauswirkungen des Umgangs mit Mitarbeitern unterschiedlicher Altersgruppen in Unternehmen* (1. Aufl.). Wiesbaden: Gabler
- Bischof, J., Hoffmann, B., Müller-Knöß, P., Schöller, A., Stegman, R., Stork, J. et al. (2013). *Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit – Arbeitsmedizinische Empfehlung*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation und Redaktion.
- Blättner, B. (2007). Das Modell der Salutogenese. *Prävention und Gesundheitsförderung* , 2 (2), 67-73.

- Blancke, S., Roth, C. & Schmid, J. (2000). *Employability als Herausforderung für den Arbeitsmarkt – Auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft. Eine Konzept- und Literaturstudie*. Zugriff am 14.05.2017 unter <http://www.ta-akademie.de>
- Blümel, S. (2015). *BzGL Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Zugriff am 20.02.2016 unter www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=1
- Börsch-Supan, A. (2013). Mikro- und makroökonomische Dimensionen des demografischen Wandels. In M. Hüther & G. Nägele (Hrsg.). *Demografiapolitik – Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 96-122). Wiesbaden: Springer.
- Börsch-Supan, A. (2017). Gute Aussichten auch für ein alterndes Deutschland. In T. Mayer (Hrsg.), *Die transformative Macht der Demografie*. Wiesbaden: Springer.
- Börsch-Supan, A., Bucher-Koenen, T., Kluth, S., Haupt, M. & Goll, N. (2015). *Vor- und Nachteile höherer Flexibilität als Instrument zur Erhöhung der Beschäftigung Älterer*. Zugriff am 10.09.2016 unter <http://www.iab.de/764/section.aspx/Publikation/k150428r09>
- Börsch-Supan, A., Düzgün, I. & Weiss, M. (2006). *Altern und Produktivität: Zum Stand der Forschung* (Forschungsbericht für die Hans Böckler-Stiftung). Mannheim: mea – Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und demografischer Wandel.
- Börsch-Supan, A. & Wilke, C. (2008). Zur mittel- und langfristigen Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*, 41 (1), 29-48.
- Bonde, J. P. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 438-445.
- Boockmann, B. & Zwick, T. (2004). Betriebliche Determinanten der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*, 37 (1), 53-63.
- Bossmann, U. & Eck, A. (2013). Wollen und Sollen: Interessen, Motive, Werte und Bedürfnisse jüngerer und älterer Arbeitnehmer. In J. Schweitzer & U. Bossmann (Hrsg.), *Systemisches Demografiemanagement: Wie kommt Neues zum Älterwerden ins Unternehmen?* (S. 63-76). Wiesbaden: Springer.
- Bossmann, U., Schweitzer, J. & Schenk, J. (2013). Können und Dürfen: Zur Leistungsfähigkeit jüngerer und älterer Mitarbeiter. In S. Jochen & U. Bossmann (Hrsg.), *Systemisches Demografiemanagement: Wie kommt Neues zum Älterwerden ins Unternehmen?* (S. 45-62). Wiesbaden: Springer.
- Botthof, A. & Hartmann, E. (2015). *Zukunft der Arbeit in Industrie 4.0 – Neue Perspektiven und offene Fragen*. Wiesbaden: Springer.
- Brandenburg, U. & Domschke, J.-P. (2007). *Die Zukunft sieht alt aus: Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement* (1. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Brandl, J. (2016). *Arbeitsfähigkeit und Alter – Determinanten und Fördermöglichkeiten der Arbeitsfähigkeit älterer Mitarbeiter*. Marburg: Tectum.
- Brehm, M. (2001). Emotionen in der Arbeitswelt. *Arbeit*, 10 (3), 205-218.
- Broda, M. (1993). Coping-Forschung und Gesundheitsforschung. Zur Effektivität und protektiven Wirkung von Coping Skills. In A. B. Franke (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt.
- Bronner, R. (1999). *Empirische Sozialforschung*. München: Oldenbourg.

- Brown, D. & Brooks, L. (1994). *Karriere-Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brussig, M. & Bellmann, L. (2008). Betriebliche Einflussfaktoren auf Rekrutierungen Älterer und deren Bewerbungen. *Zeitschrift Personalforschung*, 22, 1, 35-57.
- Brussig, M. & Knuth, M. (2009). Individuelle Beschäftigungsfähigkeit: Konzept, Operationalisierung und erste Ergebnisse. *WSI Mitteilungen*, 06, 287-294.
- Brussig, M. & Knuth, M. (2010). *Erwerbstätigkeit im Alter hängt vom Beruf ab*. Zugriff am 07.01.2015 unter https://www.boeckler.de/pdf_fof/96920.pdf
- Buck, H. & Schletz, A. (2004). *Ergebnisse des Transferprojektes Demotrans, Broschürenreihe Demographie und Erwerbsarbeit*. Stuttgart: Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation.
- Bullinger, H.-J., Buck, H. & Schmidt, S. (2003). Die Arbeitswelt von morgen. *Zeitschrift für Praxisorganisation, Betriebswirtschaft und elektronische Datenverarbeitung*, 3, 89-100.
- Bundesagentur für Arbeit. (2016). *Arbeitsmarkt in Zahlen Beschäftigungsstatistik. Beschäftigung nach Ländern in wirtschaftsfachlicher Gliederung (WZ 2008) Oktober 2016*. Zugriff am 29.01.2017 unter https://statistik.arbeitsagentur.de: https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31966/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=746694&year_month=201610&year_month.GROUP=1&search=Suchen
- Bundesagentur für Arbeit. (2017). *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern*. Nürnberg: Zugriff am 13.12.2017 unter www.genesis-destatis.de
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA). (2014). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013 – Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Paderborn: Bonifatius.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2017). *Bevölkerung in Deutschland*. Wiesbaden: Geographische Rundschau.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2013). *Bevölkerungsentwicklung – Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel 2013*. Wiesbaden
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2014). *Erwerbsarbeit und informelle Tätigkeiten der 55- bis 70-Jährigen in Deutschland*. Wiesbaden
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2016a). *Bevölkerungsentwicklung – Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel 2016*. Wiesbaden
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2016b). *Bevölkerungsforschung Aktuell – Analysen und Informationen aus dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung*. 37 (5), 1-33.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2011). *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft - Der nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenkommission*. Zugriff am 21.6.2017 unter http://www.bmas.de/Shared_Docs/Downloads/DE/PDF-Schwerpunkte/inklusion-nationaler-aktionsplan-2.pdf?_blob=publicationFile&v=4
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2016). *Arbeiten im Alter*. Zugriff am 07.09.2016 unter [http://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Alter/Arbeit _Alter/arbeit_alter_inhalt.html](http://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Alter/Arbeit/_Alter/arbeit_alter_inhalt.html)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2008). *Erfahrung rechnet sich – Aus Kompetenzen Älterer Erfolgsgrundlagen schaffen*. Berlin: BMFSFJ.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft. *Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA).
- Bundestherapeutenkammer (BptK). (2011). *Studie zur Arbeitsunfähigkeit – Psychische Erkrankung - keine Frage des Alters*. Berlin: BptK.
- Bundestherapeutenkammer (BptK). (2012). *Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout*. Berlin: BptK.
- Bundestherapeutenkammer (BptK). (2013). *Studie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit – Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung*. Berlin: BptK.
- Burkert, C. & Sproß, C. (2010). Früher oder später: Altersbilder auf Arbeitsmärkten im europäischen Vergleich – Veränderte nationale Sichtweise oder europäisches Konstrukt? . In K. Brauer & W. Clemens (Hrsg.), *Zu alt? Ageism und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten* (S. 149-170). Wiesbaden: Springer.
- Busch, R. (2004). Alternsmanagement. Ältere Arbeitnehmer im Betrieb – zwischen Frühverrentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit. In R. Busch (Hrsg.), *Alternsmanagement im Betrieb: ältere Arbeitnehmer zwischen Frühverrentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit* (S. 9-34). München: Hampp.
- Carnevin, O., Ebert, B. & Keller, S. (2013). *Prävention im demografischen Wandel*. Wiesbaden: BC GmbH Verlags- und Medien-, Forschungs- und Beratungsgesellschaft.
- Carstensen, L. L. & Lang, F. R. (2007). Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde. In J. Brandstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: ein Lehrbuch* (S. 389-412). Stuttgart: Kohlhammer.
- Cattell, R. B. (1971). *Abilities: Their structure, growth, and action*. Boston: Houghton Mifflin
- Celebi, C., Krahé, B. & Spörer, N. (2014). Gestärkt in den Lehrerberuf: Eine Förderung berufsbezogener Kompetenzen von Lehramtsstudierenden. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 28 (3), 115-126.
- Ciesinger, K.-G., Fischbach, A., Klatt, R. & Neuendorff, H. (2011). Berufe im Schatten – Eine Einführung. In K.-G. Ciesinger, A. Fischbach, R. Klatt & H. Neuendorff (Hrsg.), *Berufe im Schatten – Wertschätzung von Dienstleistungsberufen* (S. 9-30). Berlin: LIT Verlag.
- Ciric, P. (2005). *Einfluss arbeitsbezogener Erlebens- und Verhaltensmuster auf den Behandlungsverlauf psychischer Störungen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Clemens, W. & Brauer, K. (2010). *Zu Alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten*. Wiesbaden: VS.
- Cless, K. & Matura, S. (2017). Psychische Gesundheit. In V. Oertel. & S. Matura (Hrsg.), *Bewegung und Sport gegen Burnout, Depressionen und Ängste* (S.13-17). Wiesbaden: Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for a behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdal, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.

- Colquitt, J. & LePine, J. (2000). Toward an integrative theory of training motivation: a meta-analytic path analysis of 20 years of research. *Journal of applied psychology* , 85 (5), 678-707.
- Cornetz, W. & Schäfer, H. (2005). Bessere Beschäftigungschancen für Ältere mit wachsender Bedeutung der Dienstleistungen? In G. K. Huber & H. Kurz (Hrsg.), *Einkommensverteilung, technischer Fortschritt und struktureller Wandel* (S. 403-424). Marburg: Metropolis.
- Cossette, M. & Hess, U. (2015). Service with style and smile. How and why employees are performing emotional labour? *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology* , 65 (2), 71-82.
- Cribier, F. (1989). Changes in Life Course and Retirement in Recent Years: The example of Two Cohorts of Parisians. In P. Johnson (ed.), *Worker versus Pensioners* (pp. 181-201). Manchester: University Press.
- Deller, J., Kern, S., Hausmann, E. & Diederichs, Y. (2008). *Personalmanagement im demografischen Wandel*. Heidelberg: Springer.
- Deschermeier, P. (2017). IW-Bevölkerungsprognose: Entwicklung der Bevölkerung bis 2035. In Schriften zur Wirtschaftspolitik aus dem Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.), *Perspektive bis 2035. Wirtschaftspolitik für Wachstum und Wohlstand in der alternden Gesellschaft* (S. 41-56). Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft.
- Deschermeier, P. (2016). *Einfluss der Zuwanderung auf die demografische Entwicklung in Deutschland*. Zugriff am 01.02.2017 unter: <http://www.iwkoeln.de/presse/presseveranstaltungen/beitrag/pressekonferenz-demografie-und-migration-284098>
- Deutsche Rentenversicherung. (2017). *Flexirente*. Zugriff am 25.12.2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/5_Services/01_kontakt_und_beratung/02_beratung/03_haeufige_fragen/12_flexirente_node.html
- Dievernich, F. E. & Endrissat, N. (2010). Work-Life-Balance im Demographie-Kontext. In M. J. Ringstetter & S. Kaiser (Hrsg.), *Der Weg aus der Demografie-Falle* (S. 83-100). Berlin/Heidelberg: Springer.
- DIN-Normenausschuss Dienstleistungen. (2016). *Deutsche Normungsroadmap Dienstleistungen Version 1.1*. Berlin: Fachbeirat der Koordinierungsstelle Dienstleistungen im DIN e.V.
- Dobrow Riza, S., Ganzach, Y. & Liu, Y. (2015). Time and job satisfaction: a longitudinal study of the differential roles of age and tenure. *Journal of Management* , 1-44.
- Döhl, V., Kratzer, N., Bernien, M., Schaefer, R. & Wahse, J. (1998). Die künftige Bedeutung des Dienstleistungssektors hinsichtlich der Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer unter besonderer Berücksichtigung von Arbeitsbedingungen und-anforderungen. In ISF (Hrsg.), *Expertise für die Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“*. München. Zugriff am 09.04.2016 unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-67607>
- Dormann, C., Zapf, D. & Isic, A. (2002). Emotionale Arbeitsanforderungen und ihre Konsequenzen bei Call-Center-Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* , 46 (4), 201-215.
- Dunkel, W. & Voß, G. (2004). *Dienstleistung als Interaktion: Beiträge aus einem Forschungsprojekt; Altenpflege-Deutsche Bahn-Call Center*. München: Hampp.
- Eberhardt, D. (2015). *Die Zukunft der Führung – Eine explorative Studie zu den Führungsvoraussetzungen von morgen*. Wiesbaden: Springer

- Eck, A. (2012). *Arbeitsfähigkeit, Gratifikationserleben, berufliche Ziele und Führungskräfteunterstützung von Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus – welche Rolle spielt das Alter?* Dissertation, Universität Heidelberg.
- Eck, A., Zwack, M. & Bossmann, U. (2013). Wen muss das interessieren? Die Relevanz des demografischen Wandels für Mitarbeiter, Führungskräfte und Organisationen. In J. Schweitzer & U. Bossmann (Hrsg.), *Systemisches Demografiemanagement: Wie kommt Neues zum Älterwerden ins Unternehmen?* (S. 25- 42). Wiesbaden: Springer.
- Ehmer, J. (1990). Sozialgeschichte des Alters. Frankfurt: Suhrkamp.
- Eichert, C. & Hasiewicz, C. (2006). Bildungspotenziale einer alternden Gesellschaft. In U. Prager & A. Schleiter (Hrsg.), *Älter werden – aktiv bleiben* (S. 20-23). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Eid, M. & Diener, E. (2002). Wohlbefinden. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A-Z*. (S. 634-637). Göttingen: Hogrefe.
- Ellert, U. & Kurth, B.-M. (2013). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* , 56 (5-6), 643-649.
- Engel, G. (1989). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Holistic Medicine* (1), 37-53.
- Enste, D. H., Eyerund, T. & Knelsen, I. (2013). *Führung im Wandel. Führungsstile und Gesellschaftliche Megatrends Im 21. Jahrhundert* (Bd. 22). München: Roman Herzog Institut.
- Erlwein, M., Koller, C., Quitzau, J., Boll, C., Nitt-Drießelmann, D., Wilke, C.B. (2014). *Strategie 2030 – Vermögen und Leben in der nächsten Generation* (Hamburg Institute of International Economics Research Report No.17). Kiel: Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA). (2016). www.healthy-workplaces.eu Zugriff am 17.06.2016 unter <https://www.healthy-workplaces.eu/de/what-issue>
- Europäische Kommission. (2005). *Integrierte Leitlinien für Wachstum und Beschäftigung 2005 - 2008*. Luxemburg: Europäische Gemeinschaften.
- Falkenstein, M. & Gajewski, P. (2015). Verhaltens- und Verhältnisprävention für ältere Beschäftigte. In G. Richter & M. Niehaus (Hrsg.), *Personalarbeit im demografischen Wandel* (S. 61-78). Bielefeld: Bertelsmann.
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Beltz.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications
- Fischer, A. (1933). *Geschichte des deutschen Gesundheitwesens* (Bd. 1+2). Berlin: Herbig.
- Flüter-Hoffmann, C. (2006). *Lebenszyklusorientierte Personalpolitik – „Work-Life-Balance“-Modelle und „Demografie-tools“ für die betriebliche Praxis*. Zugriff am 18.12.2016 unter: www.iwkoeln.de/studien/gutachten/beitrag/63821?highlight=lebenszyklusorientiert
- Flüter-Hoffman, C. (2010a). Der Weg aus der Demografie-Falle – Lebenszyklusorientierte Personalpolitik. In G. S. Naegele (Hrsg.), *Soziale Lebenslaufpolitik* (S. 411-428). Wiesbaden: Springer.

- Flüter-Hoffmann, C. (2010b). Der Weg aus der Demografie-Falle. Lebenszyklusorientierte Personalpolitik als innovatives Gesamtkonzept – gerade für High Potentials. In S. Kaiser & M. J. Ringstetter (Hrsg.), *Work-Life-Balance* (S. 199-212). Wiesbaden: Springer.
- Flüter-Hoffmann, C. & Sporket, M. (2013). Arbeit und Beschäftigung im demografischen Wandel - Konsequenzen für das strategische Personalmanagement. In G. H. Naegele (Hrsg.), *Demografiapolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 200-222). Wiesbaden: Springer.
- Fließ, S. (2009). *Dienstleistungsmanagement – Kundenintegration gestalten und steuern* (1. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Fookan, I. (1998). Gesundheitsförderung im Alter. In G. Aman & R. Wipplinger (Hrsg.), *Gesundheitsförderung – ein multidimensionales Tätigkeitsfeld* (S. 283-302). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Fourastié, J. (1954). *Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts* (3. Aufl.). Köln-Deutz: Bund-Verlag.
- Franke, A. (2012). *Modelle zur Gesundheit und Krankheit* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Franzkowiak, P. & Franke, A. (2011). Stress und Stressbewältigung. In BzgA (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 543-550). Köln: BzgA.
- Freidank, J., Grabbe, J., Kädter, J. & Tullius, K. (2011). *Altersdifferenzierte und altersgerechte Betriebs- und Tarifpolitik. Eine Bestandsaufnahme betrieblicher und tarifvertraglicher Maßnahmen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA) und Geschäftsstelle für neue Qualität der Arbeit (INQA).
- Freitag, M. (1998). *Was ist eine gesunde Schule?* München: Juventa.
- Frerichs, F. (2010). „Aktive“ Arbeitsmarktpolitik für ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen - Großbritannien, Japan und Deutschland im Wohlfahrtsstaatsvergleich. In K. Brauer & W. Clemens (Hrsg.), *Zu alt? Ageism und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten* (S. 131-147). Wiesbaden: Springer.
- Frerichs, F. (2014). Demografischer Wandel in der Erwerbsarbeit – Risiken und Potenziale alternder Belegschaften. *Journal for Labor Market Research*, 1-14.
- Frerichs, F. (2016). Demografischer Wandel in der Erwerbsarbeit – Anforderungen an die Arbeits- und Laufbahngestaltung. In F. Frerichs (Hrsg.), *Altern in der Erwerbsarbeit* (S. 11- 24). Wiesbaden: Springer.
- Freude, G. & Falkenstein, M. (2013). *Geistig Fit im Beruf! Wege für Ältere Arbeitnehmer zur Stärkung der grauen Zellen*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Freund, N., Diestel, S. & Schmidt, K.-H. (2012). Kontrollspielräume als protektive Ressource bei Emotionsarbeit. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 56 (3), 143-151.
- Frost, B. & Mierke, K. (2013). Stresserleben und Stressbewältigung bei Studierenden. Funktionale und dysfunktionale Strategien und weitere Einflussvariablen. *Journal of Business and Media Psychology*, 4 (1), 13-24.
- Fuchs, C. (2005). *Selbstwirksam lernen im schulischen Kontext: Kennzeichen, Bedingungen, Umsetzungsbeispiele*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Gabriel, T. (2005). Resilienz – Kritik und Perspektiven. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51 (2), 207-217.

- Gartner, A. & Riessman, F. (1978). *Der aktive Konsument – zur politischen Ökonomie des tertiären Sektors*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Geist, A. (2013). *Lehrergesundheit kompakt! Für Beratungslehrkräfte, Schulpsychologen und Schulleiter. Sonderausgabe zum Handbuch der Schulberatung* München: Olzog.
- Geithner, S., Brückner, F., Möller, L. & Schirmer, F. (2016). Barrieren des Demografienmanagements überwinden und Wandel erfolgreich gestalten. *Dresden Discussion Papers on Organization Research*, 1, 1-20.
- Geithner, S., Gühne, M. & Schirmer, F. (2015). Der demografische Wandel als Herausforderung für das Personal-und Organisationsmanagement. *Dresden Discussion Papers on Organization Research*, 1 (15), 1-26.
- Göckenhahn, G. (2000). *Das Alter würdigen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gottwald, M. & Zschunke, M. (2010). Etablierung eines betrieblichen Altersmanagements. In R. Brandel, M. Gottwald & A. Oehme (Hrsg.), *Bildungsgrenzen überschreiten – Zielgruppenorientiertes Übergangsmanagement in der Region* (S. 253-274). Wiesbaden: VS.
- Gouthier, M. (2006). Effekte des Stolzes von Mitarbeitern im Kundenkontakt. In M. Kleinaltenkamp (Hrsg.), *Innovatives Dienstleistungsmanagement in Theorie und Praxis* (S. 57-77). Wiesbaden: Springer.
- Gouthier, M. (2011). Produzentenstolz von Dienstleistern als positive Emotion. In M. Ringstetter (Hrsg.), *Positives Management* (S. 49-71). Wiesbaden: Gabler.
- Grabbe, J. & Richter, G. (2014). Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit – Grundlage von Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit. In M. Klaffke (Hrsg.), *Generationen-Management* (S. 83-106). Wiesbaden: Springer.
- Graf, A. (2007). Lebenszyklusorientierte Personalentwicklung. In N. Thom & R. J. Zaugg (Hrsg.), *Moderne Personalentwicklung* (2 Aufl., S. 263-279). Wiesbaden: Springer.
- Grandey, A. (2003). When the show must go on: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of management journal*, 46 (1), 86-96.
- Grandey, A., Diefendorf, J. & Rupp, D. (2013). Bringing emotional labor into focus: A review and integration of three research lenses. In A. Grandey, J. Diefendorf & D. Rupp (eds.), *Emotional Labor in the 21st Century* (pp. 1-26). New York/London: Routledge.
- Greif, S. (1991). Stress in der Arbeit – Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Greiner, B. A. (1998). Der Gesundheitsbegriff. In E. Bamberg (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 39-56). Göttingen: Hogrefe.
- Gross, J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85 (2), 348-362.
- Grundmann, J., Sude, K., Löwe, B. & Wingenfeld, K. (2013). Arbeitsbezogene Stressbelastung und psychische Gesundheit: Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63 (3-4), 124-149.
- Höpflinger, F. (2008). Berufskarriere ist Langstreckenlauf, kein Sprint. *Personalführung* (9), 26-31.

- Hübner, W. & Wahse, J. (2002). Ältere Arbeitnehmer – ein personalpolitisches Problem? In E. Kistler & H. G. Mendijs (Hrsg.), *Demografischer Strukturbruch und Arbeitsmarktentwicklung - Probleme, Fragen, erste Antworten – SAMF-Jahrestagung 2001. Broschürenreihe Demografie und Erwerbsarbeit*. (S. 68-85). Stuttgart
- Hacker, W. (2003). *Leistungsfähigkeit und Alter*. Zugriff am 09.04.2016 unter http://doku.iab.de/grauepap/2003/lauf_hacker_vortrag.pdf
- Hacker, W. & Sachse, P. (2014). *Allgemeine Arbeitspsychologie – Psychische Regulation von Tätigkeiten* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hagemann, T. (2014). Psychische Belastungen, Führung und Verantwortung. In M. Kastner, M. Falkenstein & B. Hinding (Hrsg.), *Leistung, Gesundheit und Innovativität im demografischen Wandel* (S. 123-128). Eichengrund: Pabst Science Publishers.
- Haipeter, T. (2011). *Kaufleute zwischen Angestelltenstatus und Dienstleistungsarbeit – eine soziologische Spurensuche* (Wissenschaftliche Diskussionspapiere). Bonn: Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB).
- Haller, S. (2015). *Dienstleistungsmanagement. Grundlagen – Konzepte – Instrumente* (6. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Hammermann, A. & Stettes, O. (2015). *Bewältigung von Stress in einer vernetzten Arbeitswelt* (Befunde aus der BauA-Erwerbstätigenbefragung, IW Trends 42 Jg.). Köln: IW-Medien GmbH.
- Hans Böckler-Stiftung. (2009). *Demografie im Wandel – Impulse für eine alternsgerechte Erwerbsarbeit*. Düsseldorf: Hans Böckler-Stiftung.
- Hartline, M. D. & Ferrell, O. C. (1996). The management of customer-contact service employees: an empirical investigation. *The Journal of Marketing* , 60 (4), 52-70.
- Hasselhorn, H. & Ebener, M. (2014). Gesundheit, Arbeitsfähigkeit bei älter werdenden Belegschaften. In B. Badura, Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten Report 2014* (S. 75- 84). Heidelberg: Springer.
- Hasselhorn, H. & Rauch, A. (2013). Perspektiven von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbstätigkeit in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* , 56, 339-348.
- Heitzmann, B., Schaarschmidt, U. & Klieschke, U. (2005). Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens bei Rehapatienten – die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens AVEM im Bereich medizinischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (70), 269-280.
- Hess, U. & Strauß, C. (2016). Emotionsregulation am Arbeitsplatz – ein wichtiger Faktor für die Arbeitszufriedenheit. *Wirtschaftspsychologie aktuell – Zeitschrift für Personal und Management*, 3, 32-39.
- Hess, M. & Vossel, G. (2001). Stress, Ressourcen und Copingverhalten im Assessment Center: Reaktionen der Teilnehmer. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie* , 45 (19), 201-210.
- Heuven, E., Bakker, A., Schaufeli, W. & Huisman, N. (2006). The role of self-efficacy in performing emotion work. *Journal of Vocational Behavior* , 69 (2), 222-235.
- Heyse, H., Krampen, H., Schui, G. & Vedder, M. (2004). Berufliche Belastungen und Belastungsreaktionen früh – versus alterspensionierter Lehrkräfte in der Retrospektive. *Report Psychologie*, 9 (6), 372-380.

- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica* 52 (1), 26-32.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Berkeley/CA: University of California Press.
- Hochschild, A. R. (1990). *Das gekaufte Herz – Die Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt/New York: Campus.
- Hofecker, G. (1991). *Physiologie und Pathophysiologie des Alterns* (4. Aufl.). Stuttgart: Enke.
- Holleder, A. (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung bei älteren Beschäftigten in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49 (2), 132-137.
- Holz, M. (2007). Leistungs- und Erwerbsfähigkeit älterer Mitarbeiter. In M. Holz & P. Da-Cruz (Hrsg.), *Demografischer Wandel in Unternehmen – Herausforderungen für die strategische Personalplanung* (S. 37-52). Wiesbaden: Springer.
- Horsburgh, M. E. (2005). *Salutogenese – Ursprünge der Gesundheit und Kohärenzgefühl*. In V. H. Rice (Hrsg.), *Stress und Coping* (S. 209-230). Bern: Hans Huber.
- Hoß, K., Pomorin, N., Reifferscheid, A. & Wasem, J. (2013). *Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demografischen Wandel*. (IBES Diskussionsbeitrag Nr. 200). Essen: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft.
- Hurrelmann, K. (1991). *Sozialisation und Gesundheit: somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf* (2. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Huy, C. & Thiel, A. (2009). Altersbilder und Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (3), 212-232.
- Iller, C. & Rathgeb, I. (2006). Gefahr gebannt? Flaute bei Personalentwicklung für ältere Mitarbeiter. *Arbeit und Arbeitsrecht*, 12 (06), 732-734.
- Ilmarinen, J. (2004). Älter werdende Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. In M. von Cranach, H. Schneider, E. Ulich & R. Winkler (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen* (S. 29-45). Bern: Haupt.
- Ilmarinen, J. (2005). *Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Ilmarinen, J. (2011). Arbeitsfähig in die Zukunft. In M. Giesert (Hrsg.), *Arbeitsfähig in die Zukunft - Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit* (Bd. 20, S. 20-29). Hamburg: VSA.
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit wir gesund bleiben?* Hamburg: VSA.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Macj, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 85 (1), 77-87.
- Jaeger, C. (2015a). Leistungsfähig sein und bleiben. In Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg.), *Leistungsfähigkeit im Betrieb* (S. 27-40). Berlin: Springer

- Jaeger, C. (2015b). Relevante Handlungsfelder einer leistungsförderlichen demografiefesten Personalarbeit. In Institut für angewandte Arbeitswissenschaft (ifaa) (Hrsg.), *Leistungsfähigkeit im Betrieb* (S. 89-90). Berlin Heidelberg: Springer
- Jansen, R. & Müller, R. (2000). Arbeitsbelastungen und Gesundheit älterer Arbeitnehmer im Dienstleistungsbereich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 256-261.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986). *Selbstwirksamkeit – Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*. Zugriff am 11. 06 2016 unter https://www.zpid.de/pub/tests/PT-9001003_SWE_Autorenbeschreibung.pdf
- Jex, S. & Bliese, P. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. *Journal of Applied Psychology*, 84 (3), 349-361.
- Köchling, A. (1995). Wie Betriebe heute mit Altersstrukturen (nicht mit Älteren) umgehen - Anforderungen an die Zukunft. In IAB (Hrsg.), *Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* (Bd. 28, S. 437-553). Nürnberg: Kohlhammer.
- Köchling, A. (2000). Anforderungen an eine intergenerative Personalpolitik. In A. Köchling, M. Astor, K.-D. Fröhner, E.A. Hartmann, T. Hitzblech, G. Jasper et al. (Hrsg.). *Innovation und Leistung mit älterwerdenden Belegschaften* (S. 37-93). München/Mering: Hampp.
- Kämpf, T. (2014). *Ausgebrannte Arbeitswelt – wie erleben Beschäftigte neue Formen von Belastung in modernen Arbeitswelten*. Zugriff am 18. 06 2016 unter [www.springer.com: http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11609-015-0278-7](http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11609-015-0278-7)
- Kanfer, R. & Ackermann, P. L. (2004). Aging, adult development, and work motivation. *Academy of Management Review*, 29 (3), 440-458.
- Kanning, U. & Bergmann, N. (2006). Bedeutung sozialer Kompetenzen für die Kundenzufriedenheit: Zwei Studien. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 50 (3), 148-154.
- Kastner, M. (2010). *Leistungs- und Gesundheitsmanagement – psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kastner, M. (2014). Demographie-, Diversity- und Innovationsmanagement im Kontext des Leistungs- und Gesundheitsmanagement. In M. Kastner, M. Falkenstein & B. Hinding (Hrsg.), *Leistung, Gesundheit und Innovativität im demografischen Wandel* (S. 129-195). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kaub, K., Stoll, G., Biermann, A., Spinath, F. M. & Brünken, R. (2014). Interessenkongruenz, Belastungserleben und motivationale Orientierung bei Einsteigern im Lehramtsstudium. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 58 (3), 125-139.
- Kieschke, U. (2003). *Arbeit, Persönlichkeit und Gesundheit: Beiträge zu einer differentiellen Psychologie beruflichen Belastungsgeschehens*. Berlin: Logos.
- Kieschke, U. & Schaarschmidt, U. (2003). Bewältigungsverhalten als eignungsrelevantes Merkmal bei Existenzgründern: Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 2 (3), 107-117.
- Kistler, E. (2008). *Alternsgerechte Erwerbsarbeit – Böckler Forschungsmonitoring 7. Ein Überblick über den Stand von Wissenschaft und Praxis*. Düsseldorf: Hans Böckler-Stiftung.

- Kite, M., Stockdale, G., Whitley, B. & Johnson, B. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of social issues*, 61 (2), 241-266.
- Klös, H.-P. & Naegele, G. (2013). Alter als "Ressource". Befunde und verteidigungspolitische Implikationen. In M. Hüther & G. Nägele (Hrsg.), *Demografiefpolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 123-141). Wiesbaden: Springer.
- Klaffke, M. (2013). Erfolgsfaktor Generationen-Management – Handlungsansätze für das Personalmanagement. In M. Klaffke (Hrsg.), *Generationen-Management: Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze* (S. 3-25). Wiesbaden: Springer.
- Klinger, C., Curth, S., Müller, C. & Nerdinger, F. W. (2014). Ältere Mitarbeiter im Innovationsprozess - Eine explorative Interviewstudie. *Rostocker Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie*, 14, 1-81.
- Knoche, K. & Sochert, R. (2013). Einleitung. *Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – Eine Bestandssaufnahme*, 24, 6-12.
- Kolland, F. (2010). Altersbilder und ihre normative Wirkung im Wandel der Erwerbsarbeit. In 21-80. (Hrsg.), *Zu alt? Ageism und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten* (S. 61-80). Wiesbaden: Springer.
- Koller, B. & Gruber, H. (2001). Ältere Arbeitnehmer im Betrieb und als Stellenbewerber aus Sicht der Personalverantwortlichen. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 34 (4), 479-505.
- Koller, B. & Plath, H.-E. (2000). Qualifikation und Qualifizierung älterer Arbeitnehmer. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 33, 112-125.
- Koponen, S., Von Bonsdorf, M. & Innanen, H. (2016). Job satisfaction mediates the association between perceived leadership styles and early retirement intentions. *Social Inquiry into Well-Being*, 2 (1), 4-15.
- Kranzhof, E. U. (1991). Überlegungen zu Depression und Demenz im Alter. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Altern und Leistung* (S. 168-175). Stuttgart: Enke.
- Kray, J. & Lindenberger, U. (2007). Fluide Intelligenz. In J. L. Brandstädter (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krins, C. (2013). Age Diversity Recruiting. Konzeptionelle Überlegungen zu personalpolitischen Herausforderungen des demografischen Wandels. In M. Göke & T. Heupel (Hrsg.), *Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels* (S. 320-332). Wiesbaden: Springer.
- Kruse, A. (1996). *Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz*. In: M. Baltes & L. Montada, (Hrsg.) *Produktives Leben im Alter* (S. 290-322). Frankfurt/New York: Campus.
- Kruse, A. (2009). *Lebenszyklusorientierung und veränderte Personalaltersstrukturen*. München: Roman Herzog-Institut
- Lachman, M. E. (1990). When bad things happen to older people: Age differences in attributional style. *Psychology and Aging*, 5 (4), 607-609.
- Lampert, T., Kroll, L., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 631-636.

- Lange, M., De Vries, U., Franke, W. & Petermann, F. (2012). Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 22 (6), 323-328.
- Langhoff, T. (2009). *Den demographischen Wandel im Unternehmen erfolgreich gestalten: Eine Zwischenbilanz aus arbeitswissenschaftlicher Sicht*. Heidelberg: Springer.
- Latham, P. & Locke, E. (1991). Self-regulation through goal setting. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 212-247.
- Latniak, E. (2013). Bauseine einer demografiefesten Personalpolitik – Ansätze, Maßnahmen, Erfahrungen. In J. Hentrich & E. Latniak. (Hrsg.), *Rationalisierungsstrategien im demografischen Wandel: Handlungsfelder, Leitbilder und Lernprozesse* (S. 155-179). Wiesbaden: Springer.
- Laux, A. (2011). *Schulleitung im Mittelpunkt schulischer Gesundheit: eine Studie zu der Gesundheit schulischer Führungskräfte und ihrer Rolle für die Lehrgesundheit*. Dissertation, Universität Potsdam.
- Lazarus, R. (1981). Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198-232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lazarus, R. (2005). Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In V. Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping* (S. 231-263). Bern: Hans Huber.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54 (1), 466-475.
- Lazarus, R. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-260). Bern: Hans Huber.
- Lefrancois, G. (2015). *Psychologie des Lernens* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Lehr, D. (2004). Psychosomatisch erkrankte und „gesunde“ Lehrkräfte: auf der Suche nach den entscheidenden Unterschieden. In A. Hillert & E. Schmitz (Hrsg.), *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern* (S. 120-138). Stuttgart: Schattauer.
- Lehr, U. (1991). Altern und Leistung im Beruf angesichts veränderter Umwelten. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Altern und Leistung* (S. 185-196). Stuttgart: Enke.
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns* (11. Korrigierte Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lehr, U. & Kruse, A. (2006). Verlängerung der Lebensarbeitszeit – eine realistische Alternative? *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie*, 50, 240-247.
- Lehr, U. & Thomae, H. (1987). *Formen seelischen Alterns*. Stuttgart: Enke.
- Lin, Y.-H., Chen, C.-Y., Hong, W.-H. & Lin, Y.-C. (2010). Perceived job stress and health complaints at a bank call center: comparison between inbound and outbound services. *Industrial health*, 48 (3), 349-356.
- Lindenberger, U. (2000). Intellektuelle Entwicklung über die Lebensspanne: Überblick und ausgewählte Forschungsbrennpunkte. *Psychologische Rundschau*, 51 (3), 135 – 145.

- Locke, E. A., Frederick, E., Lee, C. & Bobko, P. (1984). Effect of self-efficacy, goals, and task strategies on task performance. *Journal of applied psychology*, 69 (2), 241.
- Lyon, B. L. (2005). Stress, Bewältigung und Gesundheit: Konzepte im Überblick. In V. H. Rice (Hrsg.), *Stress und Coping* (S. 25-45). Bern: Hans Huber.
- Maintz, G. (2003). Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer – Abschied vom Defizitmodell. In B. Badura, S. H. & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2002. Demographischer Wandel. Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik* (S. 43-55). Heidelberg: Springer.
- Markman, D. & Baron, R. (2003). Person-entrepreneurship fit: why some people are more successful as entrepreneurs than others. *Human resource management review*, 13 (2), 281-301.
- Martin, P., Gründahl, M. & Schmitt, M. (2000). Persönlichkeit, kognitive Leistungsfähigkeit und Gesundheit in Ost und West: Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 111-123.
- Maurer, T. J. (2001). Career-relevant learning and development, worker age, and beliefs about self-efficacy for development. *Journal of Management*, 27 (2), 123-140.
- Maurer, T., Barbeite, F., Weiss, E.-M. & Lippstreu, M. (2008). New measures of stereotypical beliefs about older workers' ability and desire for development: Exploration among employees age 40 and over. *Journal of Managerial Psychology*, 23 (4), 395-418.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Mehrhoff-Gerulat, D. (2016). *Kategoriale Inhaltsanalyse von demografiebasierten Handlungsfeldern*. Unveröffentlichte Studie.
- Mendius, H. (2002). Demografischer Umbruch, Arbeitswelt und sozialwissenschaftliche Arbeitsmarktforschung – Einordnungen, Fragen, Thesen. *Demografischer Strukturbruch und Arbeitsmarktentwicklung – Probleme, Fragen, erste Antworten - Broschürenreihe Demografie und Erwerbsarbeit – Jahrestagung 2001*, 20-47.
- Mess, F. & Walter, U. (2013). Körperliche Leistungsfähigkeit und Gesundheit bei älteren Arbeitnehmern. *Prävention und Gesundheitsförderung* (8), 228-233.
- Mielke, R. (1984). *Lernen und Erwartung*. Bern: Hans Huber.
- Mitterhofer, H., Groppe, S. & Strippler, M. (2010). Berufliche Anerkennung in der intergenerationalen Zusammenarbeit. *Journal für Psychologie*, 18, S. 1-20.
- Molter, B., Noefer, K., Stegmeier, R. & Sonntag, K. (2013). Die Bedeutung von Berufserfahrung für den Zusammenhang zwischen Alter, entwicklungsbezogener Selbstwirksamkeit und Anpassung an organisationale Veränderungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 57 (1), 22-31.
- Morschhäuser, M. (2002). Betriebliche Gesundheitsförderung angesichts des demografischen Wandels. In M. Morschhäuser (Hrsg.), *Gesund bis zur Rente – Konzepte gesundheits- und alternsgerechter Arbeits- und Personalpolitik* (S. 10-21). Stuttgart: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Morschhäuser, M., Ochs, P. & Huber, A. (2003). *Erfolgreich mit älteren Arbeitnehmern: Strategien und Beispiele für die betriebliche Praxis*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Morschhäuser, M., Ochs, P. & Huber, A. (2008). *Demographiebewusstes Personalmanagement - Strategien und Beispiele für die betriebliche Praxis*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

- Mümken, S. (2014). *Arbeitsbedingungen und Gesundheit älterer Erwerbstätiger*. Zugriff am 20.02.2016 unter www.iaq.uni-due.de/auem-report/2014/auem2014-03.php
- Multon, K., Brown, S. & Lent, R. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. *Journal of counseling psychology*, 38 (1), 30-38.
- Nübold, A. & Maier, G. (2012). Führung in Zeiten des demografischen Wandels. In D. Z. Grote (Hrsg.), *Die Zukunft der Führung* (S. 131-151). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Nachreiner, F. (2002). Über einige aktuelle Probleme der Erfassung, Messung und Beurteilung der psychischen Belastung und Beanspruchung – psychische Belastung, psychische Beanspruchung, Messverfahren, Gütekriterien. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 56 (1-2), 10-19.
- Nachreiner, F. & Schütte, M. (2005). DIN EN ISO 10075-3-eine Ergonomie-Norm mit Anforderungen an Verfahren zur Messung psychischer Belastung, Beanspruchung und ihrer Folgen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 49 (3), 154-160.
- Naegele, G. & Sporket, M. (2009). Altern in der Arbeitswelt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (42), 279-280.
- Naegele, G. & Sporket, M. (2010). Perspektiven einer Lebenslauforientierten Ältere-Arbeitnehmer-Politik. In G. Naegele & M. Sporket (Hrsg.), *Soziale Laufbahnpolitik* (S. 449-473). Wiesbaden: Springer.
- Nerdinger, F. W. (2008). Gefühlsarbeit in Dienstleistungen: Konzept, Konsequenzen, Intervention. In M. Benkenstein (Hrsg.), *Neue Herausforderungen an das Dienstleistungsmarketing* (1. Aufl., S. 3-18). Wiesbaden: Springer.
- Nerdinger, F. W. (2011). *Psychologie der Dienstleistung*. Göttingen: Hogrefe.
- Nerdinger, F. W. (2012). Emotionsarbeit im Dienstleistungsbereich. *Report Psychologie*, 37, 8-18.
- Nerdinger, F. W. (2014a). Motivierung. In H. Schuler & U. P. Kanning (Hrsg.), *Lehrbuch für Personalpsychologie* (3. Überarbeitete Aufl., S. 725-761). Göttingen: Hogrefe.
- Nerdinger, F. W. (2014b). Dienstleistungstätigkeiten. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (3. Aufl., S. 563-578). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Nerdinger, F. W. & Röper, M. (1999). Emotionale Dissonanz und Burnout. Eine empirische Untersuchung im Pflegebereich eines Universitätskrankenhauses. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 53, 187-193.
- Netterstrom, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R. et al. (2008). The relation between work-related psychological factors and the development of depression. *Epidemiologic Reviews*, 30, 118-132.
- Neubauer, G. (2002). Förderschwerpunkt: Auswirkungen des Demografischen Wandels auf Unternehmen und Wirtschaft. In E. Kistler & M. H. Gerhard (Hrsg.), *Demografischer Strukturbruch und Arbeitsmarktentwicklung. Probleme, Fragen, erste Antworten – SAMF-Jahrestagung 2001. Broschürenreihe Demografie und Erwerbsarbeit*. (S. 9-13). Stuttgart.
- Neuberger, O. (1985). *Arbeit: Begriff-Gestaltung-Motivation-Zufriedenheit*. Stuttgart: Enke.
- Nienhäuser, W. (2002). Alternde Belegschaften – betriebliche Ressource oder Belastung? Betriebliche Probleme und Problemhandhabungen in unterschiedlichen Human-Resource-Management-Systemen. In C. Behrend (Hrsg.), *Chancen für die Erwerbsarbeit im Alter* (S. 63-88). Wiesbaden: Springer.

- Niesges, B., Ruprecht, S. & Erbring, S. (2012). Was hält Lehrkräfte gesund? Ergebnisse der Gesundheitsforschung für Lehrkräfte und Schulen. In Unfallkasse (Hrsg.), *Handbuch Lehrergesundheit – Impulse für die Gesundheit guter, gesunder Schulen*. Köln: Link.
- Noefer, K., Stegmaier, R., Molter, B. & Sonntag, K. (2009). Innovatives Verhalten über die Altersspanne: Effekte von Feedback, Unterstützung der horizontalen Mobilität und entwicklungsbezogener Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 8 (2), 47– 58.
- Oldenbourg, R. & Ilmarinen, J. (2010). Für eine lebenslaufbezogene Arbeitsfähigkeitspolitik. In G. Naegele (Hrsg.), *Soziale Lebenslaufpolitik* (S. 429-473). Wiesbaden: Springer.
- Ory, M., Kinney Hoffman M., Hawkins M., Sanner, B. & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging Aging Stereotypes. Strategies for Creating the Cognitive Learning Needs of Older Learners. *American Journal of Preventive Medicine*, 3 (2), 164-171.
- Ottawa-Charta. (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 13.05.2016 unter <http://www.eut.who.int/de/publications/policy-dokuments/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>.
- Pachur, T., Mata, R. & Hertwig, R. (2017). *Who dares, who errs? Disentangling cognitive and motivational roots of age differences in decisions under risk*. Zugriff am 02.04.2017 unter www.psychologicalscience.org/PS:http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0956797616687729
- Pack, J., Buck, H., Kistler, E., Mendius, H., Morschhäuser, M. & Wolff, H. (2000). *Zukunftsreport demografischer Wandel – Innovationsfähigkeit in einer alternden Gesellschaft*. Bonn: BMBF.
- Palizäus-Hoffmeister, H. (2013). Zur Bedeutung von Technik im Alltag Älterer: Theorie und Empirie aus soziologischer Perspektive. Wiesbaden: Springer.
- Paulus, P. (2006). Psychische Gesundheit. Rückrat für die Seele. In A. Fritz, R. Klupsch-Sahlmann (Hrsg.), *Handbuch Kindheit und Schule. Neue Kindheit, neues Lernen, neuer Unterricht* (S. 138-148). Weinheim: Beltz.
- Perschke-Hartmann, C., Reuter, D. & Herdegen, R. (2012). *Betriebe demografiefest gestalten*. (iga Report Bd. 5). Essen/Berlin: iga.
- Peter, R. (2006). Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (1. Aufl., S. 109-123). Wiesbaden: VS.
- Peter, R. & Hasselhorn, H. (2013). Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 415-421.
- Peters, J. (2013). *Arbeitsbezogene Verhaltens-und Erlebensmuster von Waldorflehrern im Zusammenhang mit Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit*. Wiesbaden: Springer.
- Pieck, N., Polenz, W. & Sochert, R. (2016). Neues zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1 (11), 1-11.
- Poppitz, A. & Brückner, E. (2004). „Aber die stehen halt vorne dran“ – über Gefühlsarbeit im Zugbegleitsdienst der Bahn. In W. Dunkel & G. Voß (Hrsg.), *Dienstleistung als Interaktion: Beiträge aus einem Forschungsprojekt; Altenpflege-Deutsche Bahn-Call Center* (S. 105–132). München: Hampp.

- Portal Sozialpolitik. (2016). *Entwurf eines Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben*. Zugriff am 08.10.2016 unter: http://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/2016/2016-07-07_RefE_FlexiRentenG.pdf
- Powietzka, J., March, S., Stallmann C, Swart, E. & Ladebeck, N. (2016). Ausgewählte Erkrankungen älterer Erwerbstätiger. Vergleich der ICD-A-Jahrgangskohorten mit verschiedenen Querschnittstudien im Rahmen eines virtuellen Längsschnitts. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 3, 331-336.
- Prütz, F., Seeling, S., Ryl, L., Scheidt-Nave, C., Ziese, T. & Lampert, T. (2014). Welche Krankheiten bestimmen die Zukunft? In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014* (S. 113-126). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Prospektiv Gesellschaft für betriebliche Zukunftsgestaltungen mbH. (2017). *Demografischer Wandel – (k)ein Problem! Werkzeuge für betriebliche Personalarbeit*. Zugriff am 21.05.2017 unter <http://www.demowerkzeuge.de/werkzeuge-im-uberblick/unternehmenskultur/leitbilder-zur-wertschatzung/>
- Pugh, S. (2001). Service with a smile: emotional contagion in the service encounter. *Academy of management journal*, 44 (5), 1018-1027.
- Pugh, S., Groth, M. & Henning-Thurau, T. (2010). Willing and able to fake emotions: a closer examination of the link between emotional dissonance and employee well-being. *Journal of Applied Psychology*, 1-14.
- Quinn, J. (1992). *The intelligent Enterprise a new Paradigm*. New York: Free Press.
- Rading, J. (2010). *Lebenszyklusorientierte Personalentwicklung*. Hamburg: Diplomaica.
- Rafaeli, A. & Sutton, R. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *Academy of management review*, 12 (1), 23-37.
- Rastetter, D. (2008). *Zum Lächeln verpflichtet*. Frankfurt am Main: Campus.
- Reich-Claassen, J. & Tippelt, R. (2013). Erwachsenen- und Weiterbildungspolitik – Zur Notwendigkeit der Berücksichtigung der mittleren und späteren Lebensphasen in der Bildungspolitik. In M. Hüther & G. Nägele (Hrsg.), *Demografiepolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 179-199). Wiesbaden: Springer.
- Reichwald, R., Möslin, K., Dumbach, M. & Plieth, H. (2014). Informelle Gemeinschaften und die Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel. *Denkströme. Journal der Sächsischen Akademie der Wissenschaften*, 12, 60-76.
- Reimann, H. (1991). Moderne Bürotechnologien und das Kompetenzdilemma älterer Mitarbeiter. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Altern und Leistung* (S. 227-236). Stuttgart: Enke.
- Reimann, S. & Pohl, J. (2006). Stressbewältigung. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 217-244). Heidelberg: Springer.
- Richenhagen, G. (2009). Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Beschäftigungsfähigkeit und ihre Bedeutung für das Age Management. *Tagungsband zum Abschlussworkshop des Pfiff-Projektes*, 39, 73-86.
- Richter, G. (2000). *Psychische Belastung und Beanspruchung. Stress, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung* (Bd. 116). Dortmund: Bundesministerium für Arbeitsmedizin.

- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2011). *Determinanten von Gesundheit*. Zugriff am 12.05.2016 unter [http://www.Leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-Verzeichnis/Determinanten von Gesundheit](http://www.Leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-Verzeichnis/Determinanten%20von%20Gesundheit)
- Riechert, I. (2015). *Psychische Störungen bei Mitarbeitern: ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche – von der Prävention bis zur Wiedereingliederung* (2. Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Riedel-Heller, S., Luppä, M., Seidler, A., Becker, T. & Stengler, K. (2013). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Der Nervenarzt*, 84 (7), 832-837.
- Rieder, K. (1999). Konzepte zur Erklärung der Wirkung von Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In R. Österreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 125- 139). Bern: Hans Huber.
- Rigotti, T. & Mohr, F. (2008). Moderne Feinde der Gesundheit im Arbeitsleben: Empfehlungen für ein nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement. In Vorstand des Berufsverbandes deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) (Hrsg.), *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (S. 45-50). Berlin: BDP.
- Rimbach, A. (2013). Die Motivations- und Arbeitssituationsanalyse aus gesundheitlicher Sicht als Baustein eines demografieorientierten Personalmanagements. In M. Göke & M. Heupel (Hrsg.), *Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels* (S. 179-191). Wiesbaden: Springer.
- Rixgens, P. & Badura, B. (2012). Zur Organisationsdiagnose psychischen Befindens in der Arbeitswelt. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 197.
- Robert Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland – Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Roemer, J., Appel, J., Drews, F. & Rauin, U. (2012). Burnout-Risiko von Lehramts- und Jurastudierenden der Anfangssemester. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7, 203-208.
- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Rosenmayr, L. (1976). Schwerpunkte der Soziologie des Alters (Gerosoziologie). In R. König (Hrsg.), *Handbuch der empirischen Sozialforschung* (Bd. 7, S. 218-406). Stuttgart: Enke.
- Rosenstiel, L. (2014). Die Bedeutung von Arbeit. In H. Schuler & U. Kanning (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rost, D. H. (2007). *Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien* (2. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Roßnagel, C. (2010). Was Hänschen nicht lernt ...? Von (falschen) Altersstereotypen zum (echten) Lernkompetenzmangel. In HRSG? *Zu alt? Ageism und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten* (S. 187-204). Wiesbaden: Springer.
- Rothermund, K. & Wentura, D. (2007). Altersnormen und Altersstereotype. In J. Brandstädter & J. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: ein Lehrbuch* (S. 540-568). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rowold, J. & Heinitz, K. (2008). Führungsstile als Stressbarrieren: Zum Zusammenhang zwischen transformationaler, transaktionaler, mitarbeiter-und aufgabenorientierter Führung und Indikatoren von Stress bei Mitarbeitern. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 7 (3), 129-140.

- Rumpp, J. & Eilers, S. (2006). Managing Employability. In J. Rumpp, T. Sattelberger & H. Fischer (Hrsg.), *Employability Management. Grundlagen, Konzepte, Perspektiven* (S. 13-76). Wiesbaden: Gabler.
- Rupprecht, R. (2008). Psychologische Theorien zum Alternsprozess. In W. Oswald, G. Gatterer & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie – Grundlagen und klinische Aspekte des Alterns* (S. 13-25). Wiesbaden: Springer.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Jornal of Family Therapy*, 3 (21), 119-144.
- Sacher, A. (1998). Gesundheitsförderungen zwischen Utopie und Wirklichkeiten – Zur Entwicklung der WHO-Programmatik. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Gesundheitsförderung* (S. 53-72). Tübingen: dgvt.
- Salomann, H. (2009). *Internet Self-Service in Kundenbeziehungen: Gestaltungselemente, Prozessarchitektur und Fallstudien aus der Finanzdienstleistungsbranche*. Wiesbaden: Springer.
- Salthouse, T. A. (1985). *A Theory of Cognitive Aging*. Amsterdam: Elsevier.
- Salthouse, T. A. (1996). Constraints on theories of cognitive aging. *Psychonomic Bulletin & Review*, 3 (3), 287-299.
- Salthouse, T. A. & Maurer, T. (1996). Aging, Job Performance, and Career Development. In J. Birren & J. Schale (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 353-364). San Diego CA: Academic Press.
- Sander, E. (2013). Zu Praktiken der (Re)produktion und Effekten des personalpolitischen Demografie-Diskurses in Deutschland. In M. Göke & T. Heupel (Hrsg.), *Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels* (S. 302-314). Wiesbaden: Springer.
- Saß, A.-C., Wurm, S. & Scheidt-Nave, C. (2010). Alter und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53 (5), 404-416.
- Sauer, D. (2003). *Arbeit, Leistung und Interessenhandeln in der „tertiären“ Organisation. Dienstleistungsarbeit als Forschungsfeld*. Referat, BMBF, Einleitendes Referat auf der Abschlusskonferenz des BMBF-Projekts Dienst-Leistung(s)-Arbeit, Berlin.
- Schöning, S. & Nolte, B. (2013). Demografischer Wandel: Beschäftigung älterer Mitarbeiter (wieder) im Fokus von Kreditinstituten. In M. Göke & T. Heupel, *Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels* (S. 254-268). Wiesbaden: Springer.
- Schönwald, A., Kühne, O., Jenal, C. & Currin, A. (2015). *Demographischer Wandel in Unternehmen: Alternsgerechte Arbeitsbedingungen aus Arbeitnehmersicht*. Wiesbaden: Springer.
- Schaarschmidt, U. (2005). *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (1. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Schaarschmidt, U. (2006). AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. *Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf* (S. 59-82). Bonn, Deutscher Psychologen-Verlag.
- Schaarschmidt, U. (2012). *Burnout als Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens*. Zugriff am 30.07.2016 unter www.boeckler.de/pdf/v_2012_05_14_uwe_schaarschmidt2.odf

- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf – Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2008). *AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM Standard- und Kurzform) Manual* (3. Aufl.). London: Pearson.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2016). Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Situationsanalyse und Unterstützungsangebot In K. Seifried, S. Drewes, M. Hasselhorn (Hrsg.), *Handbuch Schulpyschologie: Psychologie für die Schule* (S. 409-423). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaarschmidt, U. & Kieschke, U. (2007a). Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Schaarschmidt, U. & Kieschke, U. (2007b). *Gerüstet für den Schulalltag* (1. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Schalk, R., van Veldhofen, M., de Lange, A. H., De Witte, H., Kraus, K., Stamov-Roßnagel, C. et al. (2010). Moving European research on work and ageing forward: Overview and agenda. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19 (1), 76-101.
- Schat, H.-D. & Jäger, A. (2010). Einfluss demografischer Entwicklungen in Betrieben auf deren Innovationsfähigkeit. *Fraunhofer ISI Discussion Papers Innovation Systems and Policy Analysis*, 23, 1-25.
- Schelling, H. & Martin, M. (2008). Einstellungen zum eigenen Altern: Eine Alters- oder eine Ressourcenfrage. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41 (1), 38-50.
- Scheuch, K. & Schröder, H. (1990). *Mensch unter Belastung*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Schirmay, P. (2003). *Die Alterung der Gesellschaft: Ursachen und Folgen des demographischen Umbruchs* (6. Aufl.). Frankfurt am Main: Campus.
- Schirmer, U. (2012). *Demografie Exzellenz – Herausforderungen im Personalmanagement. Ergebnisse einer Studie in Baden-Württemberg*. Berlin: BDU.
- Schirmer, U. (2015). *Demografie-Exzellenz – Herausforderungen im Personalmanagement. Ergebnisse einer bundesweiten Studie*. Berlin: BDU.
- Schirmer, U. (2016). *Demografie-Exzellenz – Handlungsmaßnahmen und Best Practices zum demografieorientierten Personalmanagement*. Wiesbaden: Springer.
- Schleiter, A. (2006). Erfolgreich, gerade mit älteren Arbeitnehmern – Demografiebewusstes Personalmanagement. In U. Prager & A. Schleiter (Hrsg.), *Älter werden –aktiv bleiben* (S. 29-31). Gütersloh: Bertelsmann.
- Schmidt, B. (2011). Altersbilder und ihre Bedeutung für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. In B. Seyfried (Hrsg.), *Ältere Beschäftigte: Zu jung, um alt zu sein* (S. 7-21). Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Schmidt, B. (2009). *Weiterbildung und informelles Lernen älterer Arbeitnehmer. Bildungsverhalten. Bildungsinteressen. Bildungsmotive*. Wiesbaden: Springer.
- Schmidt, B. & Tippelt, R. (2009). Bildung Älterer und intergeneratives Lernen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 55 (1), 135-147.

- Schmidt, C. (2013). Die demografische Herausforderung – ein aktueller Überblick. In *Demografiepolitik – Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 71-95). Wiesbaden: Springer.
- Schmitt, M., Wahl, H.-W. & Kruse, A. (2008). *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) – Abschlussbericht anlässlich des dritten Messzeitpunkts*. Berlin: BMFSFJ.
- Schmitz, G. S. (2000). *Zur Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout?* Berlin: Freie Universität.
- Schmitz, G. & Schwarzer, R. (2000). Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Längsschnittbefunde mit einem neuen Instrument. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 14 (1), 12-25.
- Schneider, L. (2006). *Sind ältere Beschäftigte weniger produktiv? Eine empirische Analyse anhand von LIAB* (Diskussionspapiere IWH Nr. 13). Halle: Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Schneider, W. (2006). Gesundheitsverhalten und präventive Interventionen – Ausgewählte psychologische Ansätze. *Psychotherapeut* (51), 421-432.
- Schubert, K. & Klein, M. (2016). *Das Politiklexikon – Begriffe – Fakten, Zusammenhänge*. Bonn: Dietz.
- Schuett, S. (2014). *Demografie-Management in der Praxis: Mit der Psychologie des Alterns wettbewerbsfähig bleiben*. Wiesbaden: Springer.
- Schuler, H. (2014). Arbeits- und Anforderungsanalyse. In H. Schuler & U. P. Kanning (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie* (3. Aufl., S. 61-98). Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American psychologist*, 51 (7), 702-714.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46 (4), 208-213.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 16-39.
- Schwarzer, C. (1992). Emotionen und Streßbewältigung bei älteren Menschen. In K. J. Klauer (Hrsg.), *Kognitive, emotionale und soziale Aspekte des Alterns*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40 (2), 105-123.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2000). *Streß, Angst und Handlungsregulation* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Zugriff am 20.11.2016 unter <http://www.selbst-wirksam.de>: <http://fu-berlin.de/gesund>

- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Zeitschrift für Pädagogik, Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (Bd. 44). Weinheim/Basel: Beltz.
- Schweitzer, J. & Bossmann, U. (2013). *Systemisches Demografiemanagement: Wie kommt Neues zum Älterwerden ins Unternehmen?* Wiesbaden: Springer.
- Seligman, M. (2008). Positive health. *Applied psychology*, 57 (1), 3-18.
- Selye, H. (1979). *Stress – Mein Leben*. München: Kindler.
- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 161-187). Bern: Hans Huber.
- Semmer, N. & Dunckel, H. (1991). Stressbezogene Arbeitsanalyse. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Seyda, S. & Werner, D. (2014). *IW-Weiterbildungserhebung 2014 – Höheres Engagement und mehr Investition in betriebliche Weiterbildung*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
- Seyfried, B. (2011). Einleitung. In B. Seyfried (Hrsg.), *Ältere Beschäftigte: Zu jung, um alt zu sein - Konzepte – Forschungsergebnisse – Instrumente*. Bonn: Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology* (1), 27-43.
- Siegrist, J. (2006). Work, health and welfare: new challenges. *International Journal of Social Welfare*, 1 (15), 5-12.
- Siegrist, J. (2009). Soziale Gratifikationskrisen und chronische Erkrankungen. In P.-M. Wippert & J. Beckmann (Hrsg.), *Stress- und Schmerzursachen verstehen. Gesundheitspsychologie und -soziologie in Prävention und Rehabilitation* (S. 147-154). Stuttgart: Thieme.
- Siegrist, J., Dragano, N., Lunau, T., Wahrendorf, M. & Schneider, L. (2012). *Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren bei älteren Beschäftigten im Spannungsfeld zwischen Markt und Staat: eine internationale Studie*. Düsseldorf: Abschlussbericht zum Projekt S-2009-311-4 der Hans Böckler-Stiftung.
- Siela, D. & Wieseke, A. (2005). Stress, Selbstwirksamkeit und Gesundheit. In V. Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping* (S. 551-574). Bern: Hans Huber.
- Sievert, S., Berger, U., Kröhnert, S. & Klingholz, R. (2013). *Produktiv im Alter*. Zugriff am 13.02.2016 unter <http://www.berlin-institut.org/publikationen/studien/produktiv-im-alter.html>
- Sonntag, K. & Stegmaier, K. (2007). Personale Förderung älterer Arbeitnehmer. In H. Schuler & S. Karlheinz (Hrsg.), *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sporket, M. (2009). Alternsmanagement in der betrieblichen Praxis – Motive, Umsetzung und Effekte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42 (06), 292-298.
- Sporket, M. (2011). *Organisationen im demografischen Wandel – Alternsmanagement in der betrieblichen Praxis*. Wiesbaden: VS.
- Sporket, M. (2012). Positive organisationale Altersbilder – Acht Beispiele einer guten Praxis für ältere Beschäftigte. In F. Berner, J. Rossow & K.-P. Schwitzer (Hrsg.), *Altersbilder und ihre Bedeutung für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer* (S. 43-82). Wiesbaden: VS.

- Sporket, M. (2016). Betriebliche Beispiele in der Laufbahngestaltung – Ergebnisse aus Fallstudien in Deutschland und Österreich. In F. Frerichs, E. Kalbe, S. Kirchhoff-Kestel, H. Künemund, H. Theobald & U. Fachinger (Hrsg.), *Altern in der Erwerbsarbeit* (S. 233-154). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Staar, H. & Bamberg, E. (2012). Arbeit und Emotion. In E. Bamberg, G. Mohr & C. Busch (Hrsg.), *Arbeitspsychologie* (S. 136-149). Göttingen: Hogrefe.
- Staiger, T. (2016). *Arbeitsbedingter Stress in Callcentern – Eine empirische Analyse aus Gender-Perspektive*. Springer.
- Statista GmbH. (2017). *Das Statistikportal*. Zugriff am 07.01.2017 unter <https://de.statista.com/themen/1434/dienstleistungsbranche/>
- Statista GmbH. (2018). *Das Statistikportal*. Zugriff am 02.01.2018 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/150438/umfrage/saldo-der-zuzuege-und-fortzuegebildung>
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2011). *Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2008). *Klassifikation der Wirtschaftszweige – Mit Erläuterungen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2015a). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 13. Koordinierende Bevölkerungsberchnung, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 28. April 2015*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2015b). Statistisches Jahrbuch 2015. In S. Bundesamt (Hrsg.), *Kapitel 13 Arbeitsmarkt* (S. 343-370). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2016). *Statistisches Jahrbuch – Deutschland und Internationales*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2017a). *Statistisches Jahrbuch*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2017b). *Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus – Ein Review zum Stand der Forschung*. Berlin: BauA.
- Stettes, O. (2009). *Altersbilder in deutschen Industrieunternehmen und Personalpolitik für ältere Beschäftigte* (36. Aufl., Bd. 4). Köln: IW Medien GmbH.
- Stettes, O. (2012). Altersbilder in deutschen Industrieunternehmen und Personalpolitik für ältere Beschäftigte. In F. Berner, J. Rossow & K.-P. Schwitzer (Hrsg.), *Altersbilder und ihre Bedeutung für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer* (S. 25-42). Wiesbaden: VS.
- Stracke, S. & Hawes, J. (2013). *Personalarbeit mit alternden Belegschaften. Eine Analyse betrieblicher Demografieprojekte* (Bd. 10). Rostock: Rostocker Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie.
- Stracke, S., Müller, C., Klinger, C., Schöneberg, K., Nerdinger, F. W., Barchfeld, A. et al. (2016). Die Unternehmenspolitik demografiegerecht ausrichten: Handlungsfelder im Überblick. In F.-W. Nerdinger, P. Wilke, S. Stracke & U. Drews (Hrsg.), *Innovation und Personalarbeit im demografischen Wandel* (S. 57-104). Wiesbaden: Springer.

- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1980). Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32 (4), 629-651.
- Sutton, R. (2004). Emotional regulation goals and strategies of teachers. *Social Psychology of Education*, 7 (4), 379-398.
- Tamer, I. (2015). The Effect of Positive Psychological Capital on Emotional Labor. *International Journal of Research in Business and Social*, 4 (2), 20-31.
- Tempel, J. & Ilmarinen, J. (2013). *Arbeitsleben 2025*. Hamburg: VSA.
- Tews, H. P. (1991). Leistung im Strukturwandel des Alters. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Altern und Leistung* (S. 142-151). Stuttgart: Enke.
- Thielen, K. & Kroll, L. (2013). Alter, Berufsgruppen und psychisches Wohlbefinden. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56, 359-366.
- Thomae, H. (1970). Theory of Aging and Cognitive Theory of Personality. *Human Development*, 13, 1-16.
- Thomae, H. F. & Lehr, U. (1975). *Berufliche Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter – Eine Analyse des Forschungsstandes*. Göttingen: Otto Schwartz.
- Trenckhoff, J. (2010). Alter(n) und Altersakzeptanz in Unternehmen. In K. Brauer & W. Clemens (Hrsg.), *Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten* (S. 231-250). Wiesbaden: VS.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L. & Tulkki, A. (2001). *Arbeitsbewältigungsindex - Work Ability Index*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Udris, I. (1981). Streß in arbeitspsychologischer Sicht. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 391-440). Bern: Hans Huber.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2015). Gesundheitsmanagement im Unternehmen. In M. Sulzberger (Hrsg.), *Arbeitspsychologische Perspektiven* (6. Aufl.). Wiesbaden: Springer
- Urlaub, S., Hellwig, R., van Treeck, C. & Sedlbauer, K. (2010). Möglichkeiten und Grenzen bei der Modellierung von Einflussfaktoren auf die menschliche Leistungsfähigkeit. *Bauphysik*, 32 (6), 373-379.
- Van Dick, R. & Wagner, U. (2001). Der AVEM im Lehrerberuf: Eine Validierungsstudie. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22 (4), 267-278.
- Vaupel, J. W. & Hofäcker, D. (2009). *Das lange Leben lernen*. Zugriff am 03.08.2016 unter <http://link.springer.com/article/10.1007/s11618-009-0091-1>
- Veen, S. (2008). *Demografischer Wandel, alternde Belegschaften und Betriebsproduktivität*. München/Mering: Hampp.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of occupational Psychology*, 63, 193-210.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8 (2), 84-97.
- Wassmann, S. (2015). *Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel – Entwicklung und Validierung des Assessment-Tools NovaDemo zur Erfassung der Innovationsfähigkeit von Einzelpersonen und Arbeitsgruppen*. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing.

- Weinert, A. (2015). *Organisations- und Personalpsychologie* (2. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Wennekers, S., Van Wennekers, A., Thurik, R. & Reynolds, P. (2005). Nascent entrepreneurship and the level of economic development. *Small business economics* , 24 (3), 293-309.
- Wharton, A. (1993). The affective consequences of service work managing emotions on the job. *Work and occupations* , 20 (2), 205-232.
- WHO. (2006). *Psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO Konferenz*. Helsinki: WHO.
- WHO Regionalkomitee für Europa. (2013a). *Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der europäischen Region für das 21. Jahrhundert*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- WHO Regionalkomitee für Europa. (2013b). *RC63 Faktenblatt – Psychische Gesundheit*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- Wild-Wall, N., Gajewski, P. & Falkenstein, M. (2009). Kognitive Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (42), 299-304.
- Wolff, H., Spiess, C. & Mohr, H. (2001). *Arbeit-Altern-Innovation*. Wiesbaden: Universum.
- Wood, R. & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of management Review*, 14 (3), 361-384.
- Woratschek, H. (2012). Altersdiskriminierung im Dienstleistungssektor. In F. Berner, J. Rossow & K.-P. Schwitzer (Hrsg.), *Altersbilder und ihre Bedeutung für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer* (S. 83-158). Wiesbaden: VS.
- Wurm S. & Huxhold O. (2010). Individuelle Altersbilder. In A. Motel-Klingebiehl, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel – Befunde des Deutschen Alterssurveys DEAS* (1. Aufl., S. 246-262). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wurm, S., Schöllgen, I. & Tesch-Römer, C. (2010). Gesundheit. In: A. Motel-Klingebiehl, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel – Befunde des deutschen Alterssurvey - DEAS* (1. Aufl., S. 90-117). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wurm, S., Wiest, M. & Tesch-Römer, C. (2010). Theorien zu Alter(n) und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt* , 53, 498-503.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review* , 12 (2), 237-268.
- Zapf, D. & Freese, M. (1991). Soziale Stressoren am Arbeitsplatz. In S. Greif, E. Bamberg & S. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 168-184). Göttingen: Hogrefe.
- Zapf, D. & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European journal of work and organizational psychology*, 15 (1), 1-28.
- Zapf, D., Seifert, C., Mertini, H., Voigt, C., Holz, M., Vondran, E. et al. (2000). Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. *Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen* , 1, 99-106.
- Ziegelmann, J.-P. (2002). Gesundheits- und Krankheitsbegriffe. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z – Ein Handwörterbuch* (S. 149-152). Göttingen: Hogrefe.
- Zimmer, B., Leve, V. & Naegele, G. (2010). „Rente mit 67“ – Befunde zur Erwerbssituation älterer Arbeitnehmerinnen. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* , 35 (4), 709-738.

Zoer, I., Ruitenbergh, M., Botje, D., Frings-Dresen, M. & Sluiter, J. (2011). The associations between psychosocial workload and mental health complaints in different age groups. *Ergonomics*, 45 (10), 943-952.

Verzeichnis der Abkürzungen

ABI	Arbeitsbewältigungsindex
ADM	<i>Age Diversity Management</i>
AVEM	Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster – kurz Bewältigungsverhalten
BA	Bundesagentur für Arbeit
BauA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIB	Bundesministerium für Bevölkerungsforschung
BIBB	Bundesinstitut für Berufsforschung
BDU	Bundesverband deutscher Unternehmensberater e.V.
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BauA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEAS	Deutscher Alterssurveys
DEM	Demografiemanagement
DG	Demografiegrad
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EPC	<i>European Population Conference</i>
EU-OSHA	Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
FIOH	<i>Finnish Institute of Occupational Health</i>
GG	Gesundheitsgrad
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IBW	Institut für Bildungswissenschaft
Ifaa	Institut für angewandte Arbeitswissenschaft
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
ILSE	Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters
ISF	Institut für sozialwissenschaftliche Forschung
ISI	Institut für Innovationforschung
LiDA	Leben in der Arbeit (prospektive Kohortenstudie)
MHI-5	<i>Mental Health Inventory</i>
NADL	DIN-Normenausschuss und Dienstleistungen
SAR-Modell	Anforderungs-Ressourcen-Modell
OECD	Organisation for <i>Economic Co-operation</i> and Development
RKI	Robert Koch Institut

SoC	<i>Sense of Coherence</i>
SWE	Selbstwirksamkeitserwartungen
UN-BRK	UN - Behindertenrechtskonvention
WAI	<i>Work Ability Index</i>
WHO	World Health Organisation
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut
WZ	Wirtschaftszweigklassifikationen

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1	Altersaufbau der deutschen Bevölkerung von 1910 bis 2011	5
Abb. 2	Geburtenziffer – Kinder je Frau	6
Abb. 3	Lebenserwartung bei Geburt in Altersjahren	7
Abb. 4	Zu- und Fortzüge Deutschland, 1950 – 2015	8
Abb. 5	Bevölkerungsstand in Deutschland, 2000 – 2016	9
Abb. 6	Altersaufbau der Bevölkerung 2060	10
Abb. 7	Altersstruktur der Bevölkerung (2013 – 2060) im Erwerbsalter	13
Abb. 8	Altersstruktur der Erwerbspersonen von 2010 – 2050	15
Abb. 9	Bücher zum Thema Demografie im Kontext von Personal, Arbeit und Organisation, erfasst in der Datenbank WorldCat 1910 – 2010	16
Abb. 10	Das Zweikomponentenmodell über die Lebensspanne der intellektuellen Entwicklung	20
Abb. 11	Einflussfaktoren körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit	27
Abb. 12	Haus der Arbeitsfähigkeit	28
Abb. 13	Gemeinsame Verantwortung für Beschäftigungsfähigkeit	29
Abb. 14	Leistungsfähigkeit älterer und jüngerer Arbeitskräfte. Betriebliche Beurteilung in Prozent	31
Abb. 15	Bedingungsmodell für Gesundheit des Individuums	46
Abb. 16	Die vier Muster arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebens	57
Abb. 17	Erwerbstätige nach Wirtschaftsbereichen 1991 – 2015	67
Abb. 18	Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen 2013	75
Abb. 19	Wahrgenommene Führungskräfteunterstützung in persönlich wichtigen Zielen	90

Verzeichnis der Tabellen

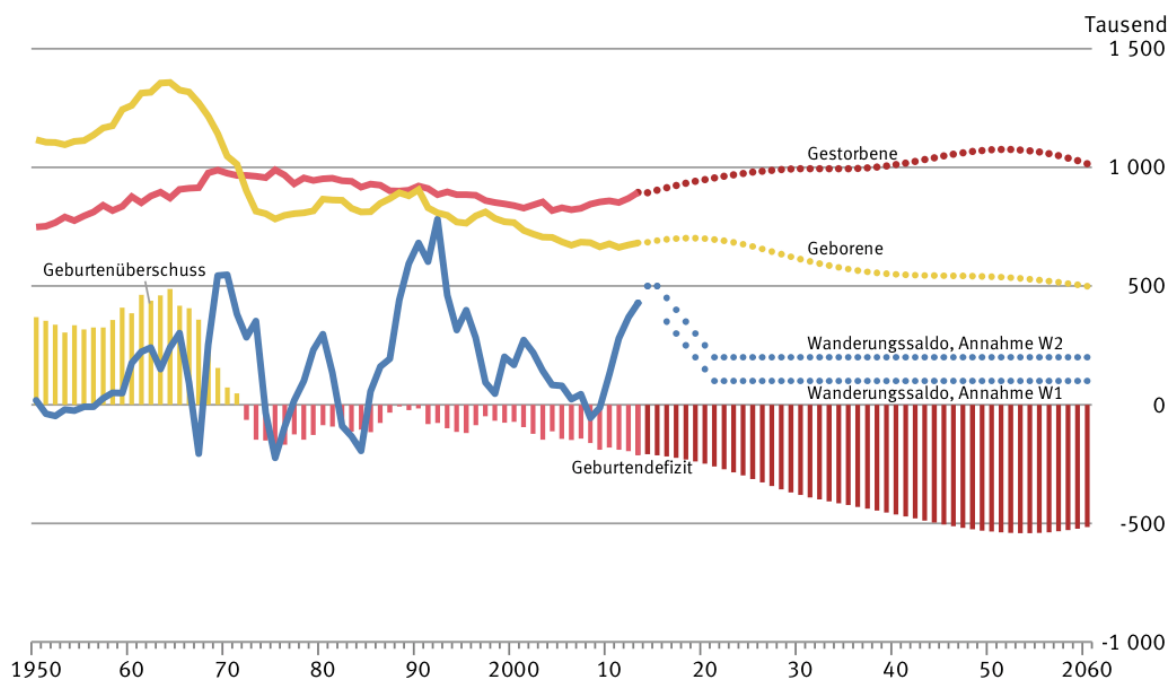
Tab. 1	Bevölkerung im Erwerbsalter von 20 – 64 Jahren	12
Tab. 2	Erwerbstätigenquoten von 2000 – 2015	14
Tab. 3	Gruppen negativer Stressoren	39
Tab. 4	Bewältigungsmuster G	57
Tab. 5	Bewältigungsmuster S	58
Tab. 6	Bewältigungsmuster A	59
Tab. 7	Bewältigungsmuster B	59
Tab. 8	Verhaltens- und Erlebensmerkmale nach Dienstalter und Geschlecht	63
Tab. 9	Erwerbstätige in Deutschland und Wirtschaftsabschnitten	68
Tab. 10	Handlungsrelevantes Demografiemanagement für Dienstleistungsunternehmen – Ergebnis einer Inhaltsanalyse	88
Tab. 11	Überblick über die Hypothesen zum Zusammenhang des Demografiegrads der Unternehmen mit den Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten	97
Tab. 12	Überblick über die Hypothesen zum Zusammenhang des Gesundheitsgrads der Unternehmen mit den Selbstwirksamkeitserwartungen der Beschäftigten	98
Tab. 13	Überblick über die Hypothesen zum Zusammenhang des Demografiegrads der Unternehmen mit den Bewältigungsmustern der Beschäftigten	99
Tab. 14	Überblick über die Hypothesen zum Zusammenhang des Gesundheitsgrads der Unternehmen mit den Bewältigungsmustern der Beschäftigten	100
Tab. 15	Übersicht der erhobenen Variablen und der jeweiligen Itemanzahl	101
Tab. 16	Bereiche, Dimensionen und Muster des AVEM im Überblick	103
Tab. 17	Fünf Stufen der AVEM Musterausprägungen	104
Tab. 18	Handlungsfelder und Skalen des handlungsrelevanten Demografiemanagements	105
Tab. 19	Demografiegrade und deren Ausprägungen	106
Tab. 20	Gesundheitsgrade und deren Ausprägungen	106
Tab. 21	Übersicht der beteiligten Unternehmen der vorliegenden Studie	107
Tab. 22	Gegenüberstellung der ermittelten Mittelwerte und Streuungen zu Selbstwirksamkeitserwartungen im Geschlechtsvergleich	110
Tab. 23	Gegenüberstellung der ermittelten Mittelwerte und Streuungen zu Selbstwirksamkeitserwartungen im Unternehmensvergleich	111
Tab. 24	Vergleich der Mittelwerte, Standardabweichungen, Reliabilitäten der elf AVEM-Persönlichkeitsskalen nach Cronbachs Alpha	111
Tab. 25	Gegenüberstellung der Mittelwerte der AVEM Persönlichkeitsskalen der vorhandenen Stichprobe und der Normstichprobe im Geschlechtsvergleich	112
Tab. 26	AVEM Musterverteilung im Geschlechtsvergleich	112
Tab. 27	Gegenüberstellung der AVEM-Musterverteilung – vorhandene Stichprobe im Vergleich zur Normstichprobe	113

Tab. 28	AVEM Musterverteilung im Unternehmensvergleich	113
Tab. 29	Verteilung der Stichprobe nach Altersklassen	114
Tab. 30	Verteilung der Stichprobe nach Altersklassen innerhalb der Unternehmen	115
Tab. 31	Verteilung des Geschlechts innerhalb der Gesamtstichprobe	115
Tab. 32	Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht innerhalb der Unternehmen	116
Tab. 33	Verteilung der Stichprobe nach Schulbildung	116
Tab. 34	Verteilung der Stichprobe nach Schulbildung innerhalb der Unternehmen	117
Tab. 35	Handlungsrelevantes Demografiemanagement – Ergebnisse der Interviews im Hinblick auf den Demografiegrad der Unternehmen	118
Tab. 36	Gesundheitsmanagement – Ergebnisse der Interviews im Hinblick auf den Gesundheitsgrad der Unternehmen	119
Tab. 37	Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit vom Demografiegrad und dem Alter	120
Tab. 38	Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad und dem Alter	121
Tab. 39	Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Demografiegrad	123
Tab. 40	Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Demografiegrad für die Altersstufe ≥ 45 Jahre	125
Tab. 41	Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse der AVEM Skalen (Alter * Demografiegrad)	121
Tab. 42	Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad	128
Tab. 43	Bewältigungsmuster in Abhängigkeit vom Gesundheitsgrad für die Altersstufe ≥ 45 Jahre	130
Tab. 44	Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse der AVEM Skalen (Alter * Gesundheitsgrad)	132

Anhang

A Vertiefende Hintergründe zum Theorieteil

A 1 Natürliche Bevölkerungsentwicklung und Wanderungssaldo



Ab 2014. Ergebnisse der 13. Koordinierten Bevölkerungsberechnung

Quelle: (Statistisches Bundesamt - Destatis, 2015, S. 16).

A 2 Erwerbstätigenquote in Deutschland 2000 – 2014

Alter	2000			2005			2010			2014		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Gesamt	52,6	61,5	44,3	51,5	58,4	45,0	54,8	60,9	49,1	56,8	62,4	51,5
15-65 J	65,4	72,8	57,7	56,4	71,2	59,5	71,0	75,9	66,0	73,6	77,8	69,3
15-20 J	29,7	33,4	25,7	25,7	28,6	22,7	27,3	30,0	24,3	25,9	28,0	23,6
20-25 J	66,1	69,4	62,6	59,3	61,2	57,4	63,6	65,4	61,8	63,9	65,0	62,7
25-30 J	75,6	81,0	70,1	69,7	74,0	65,2	74,4	78,5	72,3	77,6	80,2	74,8
30-35 J	80,1	89,3	70,5	75,7	84,6	66,4	79,8	86,8	72,6	82,1	88,3	75,9
35-40 J	81,2	90,0	71,8	79,3	87,2	71,2	81,7	88,6	74,8	83,7	90,0	77,4
40-45 J	81,8	98,1	74,5	80,9	86,5	75,1	84,7	89,6	79,6	85,9	90,9	80,8
45-50 J	80,3	87,6	73,1	79,8	84,7	74,8	84,0	88,1	79,6	86,0	89,7	82,1
50-55 J	74,1	83,4	64,6	75,2	80,8	69,9	80,2	84,5	76,0	83,2	86,7	79,6
55-60 J	56,5	66,0	46,8	63,3	71,3	55,3	71,3	77,7	65,0	76,9	81,5	72,4
60-65 J	19,9	27,8	12,2	28,1	35,8	20,7	40,8	48,9	32,9	52,3	59,0	46,0
> 65 J	2,6	4,3	1,5	3,3	5,0	2,1	3,9	5,6	2,6	5,6	8,0	3,7

Quelle: (Statistisches Bundesamt, 2015b, S. 353 Kap. 13)

A 3 Inhaltsanalyse - Handlungsfelder des Demografiemanagements

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde eine Voruntersuchung zur Strukturierung von Handlungsfeldern des Demografiemanagements durchgeführt. Ziel war es, die Vielzahl der unterschiedlichen Begriffe demografiebasierter Konzepte, genannter Handlungsfelder, konzeptioneller Grundlagen und Methoden zu sortieren und zu strukturieren.

Zunächst erfolgte eine Literaturrecherche in betriebs-, sozial-, erziehungswissenschaftlichen und psychologischen Datenbanken, sowie der Datenbank Worldcat nach den Schlagwörtern Altersmanagement, Alternsmanagement und Demografiemanagement. Dabei wurden 172 Quellen selektiert. Für die Inhaltsanalyse wurden anschließend ausschließlich die Quellen berücksichtigt, in denen explizit Handlungsfelder benannt wurden. Im Ergebnis konnten 24 Quellen für die Inhaltsanalyse herangezogen werden. In Tabelle A 3 sind diese Quellen, zusammen mit den jeweils genannten Handlungsfeldern und dem konzeptionellen Hintergrund aufsteigend nach dem Jahr der Veröffentlichung wiedergegeben.

Für die Analyse wurde ein induktives Vorgehen gewählt (vgl. Mayring 2010; S. 13). Die Häufigkeiten der jeweils formulierten Handlungsfelder wurden ausgezählt und inhaltlich vergleichbare Begriffe zu vier inhaltlichen Kategorien geordnet: Unternehmens- und Führungskultur, Analyse und Organisation, alternsgerechte Qualifikationsangebote und Gesundheitsmanagement. Diese Kategorien wurden als Handlungsfelder des handlungsrelevanten Demografiemanagements bezeichnet. Die aus den Kategorien abgeleiteten vier Handlungsfelder des handlungsrelevanten Demografiemanagements lassen sich wie folgt beschreiben.

Handlungsfeld: Unternehmens- und Führungskultur

Als ein strategischer Kernbereich für Maßnahmen des demografischen Wandels werden an erster Stelle bei allen Quellen „Führung“ und die „Implementierung einer demografiegerechten Führungskultur“ beschrieben. Für das Engagement älterer Beschäftigter scheint eine mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur mit entsprechenden Führungsgrundwerten von grundlegender Bedeutung zu sein (vgl. Kolland, 2010; Jaeger, 2015a). Alle Quellen stellen einen notwendigen Bezug zu einer Neuausrichtung der Unternehmensstrategie her. Wichtig sei, dass eine wertschätzende, realistische Verortung des Alterns in der strategischen Ausrichtung erfolgt (vgl. Klaffke, 2013; Brandenburg & Domschke, 2007). Dabei werden Anerkennung und Wertschätzung am Arbeitsplatz und zum Beispiel die Zugehörigkeit zu einem festen Team statt zu einem Arbeitskräftepool als wichtige Voraussetzungen für die Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter genannt (vgl. Bossmann & Eck, 2013). In der Literatur wird eine verbesserte Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten durch eine verbesserte Einstellung der Vorgesetzten gegenüber älteren Beschäftigten nachgewiesen. Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung, guter Führung und zu bewussten personalpolitischen Maßnahmen seien

von großer Bedeutung (Tempel & Ilmarinen, 2013). In allen 24 Quellen wird eine durch die gesamte Organisation „eingeflochtene“ demografiefeste Unternehmens- und Führungskultur einhellig als notwendig beschrieben, die im Leitbild und in der Führungskultur strategisch dokumentiert und verankert sein sollte.

Das Handlungsfeld „Führung und Unternehmenskultur“ wird in allen 24 Quellen neben dem Begriff „Führung und Unternehmenskultur“ selbst, mit Begriffen, wie zum Beispiel: „Altersgerechtes Führen“, „Kultur und Strategie“, „Personalführung“, Personal- und Arbeitspolitik“, „Personalmarketing, -gewinnung, -bindung, -retention“, „Arbeitszeit- und Laufbahngestaltung“ und „Talentmanagement“ beschrieben.

Handlungsfeld: Analyse und Organisation

In vielen Quellen wird die Notwendigkeit der spezifischen Analyse der Alterssituation und der strategischen Situation des Unternehmens formuliert. In 20 Quellen wird darauf hingewiesen, dass es dabei nicht ausschließlich um Fragen des Alternsprozesses gehen sollte, sondern es scheint für Unternehmen unerlässlich, die Zusammensetzung der Altersstruktur sowie die relevanten Aufgaben und Kompetenzen der Beschäftigten zu kennen, um die Auswirkung auf künftige Entwicklungen analysieren zu können (vgl. Kastner, 2014, S. 144). Nur so sei eine vorausschauende, strategische Unternehmens- und daraus resultierende Personalplanung vorzunehmen. Grundlage dafür sind zum Beispiel Altersstrukturanalysen und -prognosen, die als Basis der Personalbedarfsplanung und Personalentwicklung verwendet werden (vgl. Kastner, 2010; Langhoff, 2009; Nienhüser, 2002).

Im Rahmen von Altersstrukturanalysen wird die Belegschaft in ihrer Gesamtzahl sowie nach Altersklassen differenziert erfasst und Beschäftigtengruppen mit zum Beispiel bestimmten Kernkompetenzen können punktuell identifiziert werden (vgl. Köchling, 2000). Aktivitäten des gezielten Wissensmanagements, die Planung altersgerechter Arbeitsgestaltung werden hier genauso benannt, wie die Analyse des aktuellen und künftigen Alters- und Qualifikationsstandes eines Unternehmens. So können frühzeitige Nachfolgeplanungen, gezielte Qualifikations-, Personalentwicklungs- und/oder Organisationsentwicklungsmaßnahmen rechtzeitig strategisch geplant, innerbetriebliche Lernstrukturen entwickelt und ein konstruktives Zusammenarbeiten jüngerer und älterer Beschäftigter ermöglicht werden (vgl. Krins, 2013).

Diese strategischen Planungen und der kompetenzorientierte Personaleinsatz bedingen eine eigene Funktion im Unternehmen, eine Demografiefachkraft bzw. eine demografiebeauftragte Person (vgl. Berblinger et al., 2013) und die Bereitstellung ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen einschließlich der Festlegung klarer Verantwortlichkeiten (vgl. Bertelsmann Stiftung & Mercer, 2012, S. 8; Schirmer, 2016, S. 19).

Das Handlungsfeld „Analyse und Organisation“ wird bei 20 Quellen als wichtiger Maßnahmenkomplex angezeigt. Hier genannte Begriffe sind beispielsweise: „Alternsbewusstsein - Sensibilisieren“, „Altersstrukturanalyse“, „Analyseinstrumente“, „Arbeitsorganisation“, „arbeiten in altersgemischten Teams“, „Demografiecontrolling“, „*Diversity Management*“, „Work Ability Index“, „*Work (conditions, organisations, management)*“.

Handlungsfeld: Alternsgerechte Qualifikationsangebote

Die Herausforderung, neues Wissen in den Berufsalltag zu integrieren wird ebenfalls in 20 von 24 Quellen diskutiert. Nahezu alle Modelle, die sich mit alternsgerechten Maßnahmen beschäftigen, gehen von der Annahme aus, dass alternsgerechte Weiterbildung dazu beitragen kann, die Fähig- und Fertigkeiten der (älteren) Beschäftigten den Neuerungen im technischen und organisatorischen Bereich anzupassen (vgl. Bellmann et al., 2006). Die Erhaltung der individuellen Leistungsfähigkeit sollte jedoch nicht erst im Alter ansetzen (vgl. Hoß et al., 2013; Sporket, 2009).

Ältere, lernentwöhnte Beschäftigte sollten zunächst in besonderen Maßnahmen mit altersgerechter Didaktik sowie in arbeitsplatznahen Lernformen eingebunden werden, um Motivationsbarrieren abzubauen (vgl. Sporket, 2009; Stracke, et al., 2016). Um die Teilnahmebereitschaft älterer Beschäftigter zu fördern, sollten vorherrschende Vorurteile gegenüber der Lern- und Leistungsfähigkeit im Alter abgebaut und das Vertrauen der Älteren in ihre Lernfähigkeit wieder gestärkt werden (vgl. Graf, 2007; Wassmann, 2015). Voneinander lernen in einem lebensbegleitenden Modus wird als ein wichtiger intergenerativer Prozess beschrieben und je nach Thema, Umfang und vorherrschender Unternehmenskultur sollten die Maßnahmen sehr bedarfsorientiert implementiert werden (vgl. Bossmann & Eck, 2013).

In der aktuellen Literatur scheint man sich vor diesem Hintergrund darüber einig zu sein, das künftig eine strategische alternsgerechte Qualifizierung von großer Bedeutung ist, um bei den älteren Beschäftigten den Betriebsverbleib und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten (vgl. Deller et al., 2008; Flüter-Hoffmann & Sporket, 2013; Frerichs, 2014; Tempel & Ilmarinen, 2013).

Von den 24 Quellen wird in 20 Fällen das Thema „alternsgerechte Qualifikationsangebote“ als relevantes Handlungsfeld beschrieben. Diesem Handlungsfeld wurden folgende Begriffe zugeordnet: „Alternskompetenz“, „berufliche Qualifizierung und Entwicklung“, „Fortbildung“, „kontinuierliche Qualifizierung“, „lebenslanges Lernen“, „Kompetenzentwicklung“, „*Professional Competence*“, „Qualifizierung“, „Weiterbildung“, „Wissen sichern und weitergeben“, „Wissen und Kompetenz“, „Wissensmanagement“, „Wissenstransferkonzepte“.

Handlungsfeld: Gesundheitsmanagement

Das Thema Gesundheit wird in 19 Quellen als relevantes Handlungsfeld benannt. Gesunderhaltende Maßnahmen der Unternehmen scheinen wichtig für die Bewältigung des demografischen Wandels zu sein, um die arbeitsrelevante Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten. Eine steigende Anzahl von Unternehmen verstärkt vor allem ihre Bemühungen im Gesundheitsmanagement (vgl. Kistler, 2008). Betont wird jedoch, dass Gesundheitsmanagement alleine nicht auszureichen scheint, da diese Maßnahmen meist völlig losgelöst von Personal- und Organisationsentwicklung stattfinden würden und damit die Möglichkeit zu nachhaltiger Umsetzung verloren gehen würde (vgl. Kastner, 2014; Klaffke, 2013).

In den analysierten Quellen wird darauf hingewiesen, dass ein langfristiger wirtschaftlicher Erfolg nur dann gewährleistet werden kann, wenn möglichst viele Beschäftigte gesund und in ihren jeweiligen Stärken arbeits- und leistungsfähig agieren können (vgl. Latniak, 2013). Auch wenn das Thema Gesundheitsmanagement nicht in jeder Quelle explizit als Handlungsfeld benannt wird, so scheint es dennoch in den Unternehmen einen recht hohen Stellenwert zu haben. Die Maßnahmen werden als förderlich sowohl für die Beschäftigten als auch für die Unternehmen beschrieben (vgl. Krins, 2013; Morschhäuser, 2002). Alle Quellen skizzieren, dass Alter(n)s- oder Demografiemanagement nicht allein an der Gesundheit älterer Beschäftigter ansetzen kann. Vielmehr ist das Gesundheitsmanagement ein – wenn auch wichtiger – Teil, der zur Beschäftigungsfähigkeit beiträgt.

Formuliert wird das Handlungsfeld „Gesundheitsmanagement“ neben dem Begriff „Gesundheitsmanagement“ selbst in den 19 genannten Quellen mit Begriffen wie zum Beispiel: „Arbeits- und Gesundheitsschutz“, „Betriebliches Eingliederungsmanagement“, „Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)“, „Gesundheitsförderung“, „Gesundheitsschutz und -förderung“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“, „Gesundheit aktiv gestalten“, „Gesundheit und funktionale Kapazität“, „Gesundheitsmanagement“, „*Health Funktional capacity*“, „individuelle Gesundheitsförderung“, „präventive Gesundheitsgestaltung“.

Tabelle A 3: Übersicht der in der Inhaltsanalyse berücksichtigten Quellen

Autor	Demografiebasier- te Konzepte	Explizit genannte Handlungsfelder	Konzeptionelle Grundlage und Methode
Ilmarinen (2005) Ilmarinen & Tempel (2013)	Age management	Health Functional capacity Professional Competence Values (Attitudes, Motivation) Work (conditions, organisations, management)	Langzeitstudie Studie, Finnland Ergebnis: Haus der Arbeitsfähigkeit und der Arbeitsbewältigungsindex (ABI) oder engl. <i>Work Ability Index</i> (WAI).
Flüter, Hoffmann (2006)	Alter(s)ns- management	Altersgerecht gestaltete Arbeitsplätze Altersstrukturanalyse Arbeiten in altersgemischten Teams Lebenslanges Lernen Personalrekrutierung Personalretention Wissenstransfer und Wissenstransferkonzepte Work Ability Index	Best-Practice-Beispiele, Deutschland Ergebnis: Demografiertools für die praktische Arbeit in den Unternehmen.
Brandenburg & Domschke (2007)	Age Management	Altersstrukturanalyse Besondere Schutzregeln für Ältere Gestaltung von Arbeitszeit- und platz Gesundheitsschutz und -förderung Integrationsmanagement Personaleinsatz und Arbeitsorganisation Personalentwicklung und Qualifizierung Personalführung und Talentmanagement Rekrutierung Unternehmenskultur Vergütung Wissensmanagement	Best-Practice-Beispiele, Deutschland Fokus: Industriebetriebe mit Orientierung an diversen Befragungen Ziel: Die Bedeutung des demografischen Wandels für die Unternehmen verdeutlichen.
Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2008)	Alter(n)sgerechte Personalstrategie	Altersgerechte Arbeitszeitgestaltung Altersübergreifende Zusammenarbeit Kontinuierliche Qualifizierung Lebenslauforientierte Karriereplanung Präventive Gesundheitsgestaltung Unternehmenskultur, Sensibilisierung und Führung	Fallstudie: 14 Unternehmen, Deutschland Ziel: Darlegung der Stärken älterer Beschäftigter aus betriebswirtschaftlicher Sicht.
Deller, Kern, Hausmann & Diederichs (2008)	Demografiemanagement	Arbeitsgestaltung Gesundheitsmanagement Personalführung, -entwicklung, -beschaffung, -entlohnung, -austritt Wissensmanagement	Best-Practice-Beispiele, Deutschland Fokus: Dienstleistung Ziel: Demografiemanagement als wichtiges Projekt zum Veränderungsmanagement definieren.
Langhoff (2009)	Demografiemanagement	Arbeitszeit- und -gestaltung Führung und Motivation Gesundheitsmanagement Qualifizierung	Best-Practice-Beispiele, Deutschland Fokus: Arbeitswissenschaftliche Betrachtung. Ziel: Demografiemanagement als unternehmerische Querschnittsaufgabe und als Veränderungsprojekt zu verdeutlichen.
Sporket (2009, 2011)	Altersmanagement	Arbeitsorganisation Arbeitszeitgestaltung Betriebliche Gesundheitsförderung Bewusstseins und Einstellungswandel Laufbahngestaltung Qualifikations- und Kompetenzentwicklung Rekrutierung Wissensmanagement	Fallstudie, Europa Ziel: Analyse von 32 betrieblichen Fallbeispielen der guten Praxis.
Bender (2010)	Age Diversity	Flexible Arbeitszeitgestaltung Intergenerationale Zusammenarbeit Rekrutierung/Personalmarketing	Qualitative Studie, Deutschland Fokus: Altersdiskriminierung in Unternehmen. Halbstrukturierte Interviews.
Gottwald & Zschunke (2010)	Altersmanagement	Arbeitsorganisation und Gestaltung Führung und Unternehmenskultur Gesundheit und Arbeitsbedingungen Kompetenz und Entwicklung Personalgewinnung und -bindung	Analyse des aktuellen Forschungsstandes Orientierung: an WAI (Ilmarinen, 2005) Ziel: Erarbeitung von Lösungsansätzen für kleine und mittelständische Unternehmen.

Autor	Demografiebasier- te Konzepte	Explizit genannte Handlungsfelder	Konzeptionelle Grundlage und Methode
Becker, M. (2011)	Age Diversity Management	Beschaffung und Auswahl Flexible Arbeitszeitregelung Gesundheitsmanagement Karriere- und Nachfolgeplanung Personalentwicklung	Queschnittstudie, Deutschland. Fokus: diverse Branchen. Ziel: berufliche Handlungskompetenz älterer Beschäftigter empirisch prüfen und daraus Gestaltungshinweise für eine demo- grafiefeste Personalarbeit liefern.
Freidank, Grabbe, Kädter & Tullius (2011)	Altersdifferenzier- te und altersgerechte Arbeits- und Beschäfti- gungspolitik	Analyseinstrumente Arbeitspolitik Führung und Unternehmenskultur Gesundheitsmanagement Personalpolitik Qualifizierung und Weiterbildung	Repräsentative Studie, Deutschland Fokus: diverse Branchen Ziel: Perspektiven für eine alters- und altersgerechte betriebs- und Tarifpolitik entwickeln.
Bertelsmann Stiftung & Mercer (2012)	Demografiema- nagement	Arbeitszeitkonten Bereitstellung personeller Ressourcen Betriebliches Gesundheitsmanagement Enge Verzahnung von Unternehmens- und Personalstrategie Mehrgenerationen berücksichtigen Neue Vergütungsmodelle Solide Datenbasis Talent Management altersübergreifend	Studie, Deutschland, Österreich, Schweiz. Fokus: diverse Branchen Ziel: Ermittlung der Wahrnehmung des demografischen Wandels durch Unterneh- mensverantwortliche sowie deren Hand- lungsaktivitäten. Unklar: Anzahl der Befragten
Berblinger, Duranová & Knörzer (2013)	Demografiema- nagement	Arbeitsorganisation Gesundheitsmanagement Karrieremöglichkeiten Mitarbeitergewinnung Weiterbildung	Studie, Deutschland Fokus: diverse Branchen Ziel: Ermittlung demografierelevanter Handlungsfelder.
Hoß, Pomorin, Reifferscheid, Wasem, (2013)	Gestaltungsfelder der Arbeits- und Beschäftigungsfä- higkeit im Betrieb	Analyseinstrumente Arbeitspolitik Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) Führungs- und Unternehmenskultur Qualifizierung und Weiterbildung - Wissens- management	Studie, Deutschland Fokus: Expertenbefragungen zu chronischen Erkrankungen und Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit in KMUs Unklar: Anzahl der befragten Experten
Klaffke (2013)	Generationen- Management	Intergenerative Wertschätzung und Zusam- menarbeit stärken Lebenslange Leistungsfähigkeit fördern Organisationale und arbeitspolitische Rahmen- bedingungen gestalten	Best-Practice-Beispiele, weltweit Fokus: Generationen-Management auf deutsche Unternehmen übertragen Ziel: Ideen für deutsche Unternehmen generieren
Rimbach (2013)	Demografieorien- tiertes Personal- management	Altersgerechtes Führen Altersstrukturanalyse Arbeits- und Gesundheitsschutz Arbeitsfähigkeit Arbeitsgestaltung Arbeitszeitgestaltung Gesundheitsförderung Laufbahngestaltung Personaleinsatz und Arbeitsorganisation Weiterbildung und Wissenstransfer	Denkmodell Fokus: Beschreibung der notwendigen Prävention zum Erhalt der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit Ziel: Motivation der Unternehmen für ein demografieorientiertes Personalmanage- ment.
Schweitzer & Bossmann (2013)	Demografiema- nagement	Mitarbeitergesundheit und Effizienzsteigerung Mitarbeitergewinnung und -bindung Qualifikations- und Kompetenzentwicklung	Best-Practice-Beispiele, Deutschland Fokus: Automobil- und Gesundheitsbranche Ziel: Hilfe für Unternehmen im Rahmen eines systemischen Demografiemanage- ments
Frerichs (2014)	Betriebliches Alter(n)smanage- ment	Arbeitszeitgestaltung Individuelle Gesundheitsförderung Laufbahngestaltung Lernen, Fort- und Weiterbildung Motivation Qualifizierung	Denkmodell Fokus: Perspektiven verschiedener wissen- schaftlicher Blickwinkel Ziel: Ableitung theoretisch, konzeptioneller Hinweise für personalpolitische Handlungs- ansätze

Autor	Demografiebasier- te Konzepte	Explizit genannte Handlungsfelder	Konzeptionelle Grundlage und Methode
Hasselhorn & Ebener (2014)	Alter(n)s- management	Führung und Arbeitsorganisation Gesundheit und funktionale Kapazität Wissen und Kompetenz	Denkmodell Fokus: Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit formulieren Ziel: Ideen für Betriebe ihre Beschäftigten leistungsfähig zu halten
Schuetz (2014)	Demografie- Management	Altersbewusstsein - Sensibilisieren Altersführung - Führen Alterskommunikation - Kommunizieren Alterskompetenz - Qualifizieren Alterskultur – Kultivieren Altersmotivation - Motivieren	Denkmodell Fokus: Personale und organisationale Erfolgsfaktoren aus psychologischer Sicht Ziel: Postulat eines alterspsychologischen Change-Management.
Jaeger (2015b)	Demografiefeste Personalarbeit	Arbeit gestalten Arbeitszeit gestalten Gesundheit aktiv gestalten Personalpolitik und Personalstrategie reflektieren Unternehmenskultur und Führung optimieren Wissen sichern und weitergeben	Best-Practice-Beispiele, Deutschland Fokus: Verzahnung von Handlungsfeldern Ziel: Erstellung eines Kompendiums zur besseren Orientierung für Unternehmen im Hinblick auf Demografiefestigkeit.
Schirmer (2015, 2016)	Demografieorien- tiertes Personal- management - Lörracher Modell	Anreizsysteme Demografie-Controlling Diversity Management Gesundheitsmanagement Karrieremanagement Kultur und Strategie Lebenslanges Lernen Mitarbeiterführung Retention Wissensmanagement	Best-Practice-Beispiele, Deutschland Fokus: Demografie Exzellenz Ziel: Handlungsmaßnahmen zum demografieorientierten Personalmanagement
Geithner et al. (2016)	Demografiema- nagement	Alters-/altersgerechte Arbeitsgestaltung Berufliche Qualifizierung & Entwicklung Personalgewinnung/-bindung Wissensmanagement	Explorative Studie, Deutschland Fokus: verarbeitendes Gewerbe, Gesundheits- und Sozialwesen und sonstige Dienstleistungen. Ziel: Formulierung einer Personalstrategie für Unternehmen
Stracke et al. (2016)	Demografiema- nagement	Analyse Arbeitsorganisation Führung und Unternehmenskultur Gesundheitsmanagement Personalpolitik Weiterbildung Wissensmanagement	Denkmodell Fokus: Innovationsfähigkeit in einer modernen Arbeitswelt. Ziel: Entwicklung eines Handbuchs, das kleinen und mittleren Betrieben hilft, ein Demografiekonzept zu erstellen.

B Untersuchungsinstrumente

B 1 Interviewleitfaden der Geschäftsführenden und Personalverantwortlichen

Nr.	Items zum Demografiemanagement	Skala	Hinweis
1	Spielt das Thema Demografie in ihrem Leitbild/ Ihrer Unternehmensstrategie/Ihren Führungsgrundsätzen eine Rolle?	0 = nein 1= ja	Oder ist dies geplant?
2	Welchen Stellenwert hat das Thema Demografie im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen in Ihrem Unternehmen?	1= völlig unwichtig 2= unwichtig 3= normal 4= wichtig 5= ganz wichtig	
3	Gibt es Jemanden in Ihrem Unternehmen, der sich ausschließlich um das Thema Demografie in Ihrem Unternehmen kümmert?	0= nein 1= ja	
4	Bieten Sie Ihren Beschäftigten und Führungskräften gezielte Demografiemaßnahmen an?	0=nein 1=ja	Oder ist dies geplant?
5	Wenn ja, in welchem Ausmaß werden diese Maßnahmen genutzt	Nutzung der Maßnahmen in Prozent	Berechnung in 10er Prozentschritten von 1- 10
6	Stellen Sie altersgemischte Teams bewusst zusammen?	0=ja 1=nein	
7	Haben Sie bereits eine Altersstrukturanalyse durchgeführt?	0=ja 1=nein	Oder ist dies geplant?

Nr.	Items zum Gesundheitsmanagement	Skala	Hinweis
1	Spielt das Thema Gesundheit in ihrem Leitbild/ Ihrer Unternehmensstrategie/Ihren Führungsgrundsätzen eine Rolle?	0 = nein 1= ja	Oder ist dies geplant?
2	Welchen Stellenwert hat das Thema Gesundheit im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen in Ihrem Unternehmen?	1= völlig unwichtig 2= unwichtig 3= normal 4= wichtig 5= ganz wichtig	
3	Gibt es Jemanden in Ihrem Unternehmen, der sich ausschließlich um das Thema Gesundheit in Ihrem Unternehmen kümmert?	0= nein 1= ja	
4	Bieten Sie Ihren Beschäftigten und Führungskräften gezielte Gesundheitsmaßnahmen an?	0=nein 1=ja	Oder ist dies geplant?
5	Wenn ja, in welchem Ausmaß werden diese Maßnahmen genutzt	Nutzung der Maßnahmen in Prozent	

B 2 Grundlagen für die Festlegung der Demografiegrade

Nr.	Items zum Demografiemanagement (DEM)	Skala	Maximalwert für den höchsten Demografiegrad
1	Spielt das Thema Demografie in ihrem Leitbild/ Ihrer Unternehmensstrategie/Ihren Führungsgrundsätzen eine Rolle?	0 = nein 1= ja	1
2	Welchen Stellenwert hat das Thema Demografie im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen in Ihrem Unternehmen?	1= völlig unwichtig 2= unwichtig 3= normal 4= wichtig 5= ganz wichtig	5
3	Gibt es Jemanden in Ihrem Unternehmen, der sich ausschließlich um das Thema Demografie in Ihrem Unternehmen kümmert?	0= nein 1= ja	1
4	Bieten Sie Ihren Beschäftigten und Führungskräften gezielte Demografiemaßnahmen an?	0=nein 1=ja	1
5	Wenn ja, in welchem Ausmaß werden diese Maßnahmen genutzt	Nutzung der Maßnahmen in Prozent	1
6	Stellen Sie altersgemischte Teams bewusst zusammen?	0=ja 1=nein	1
7	Haben Sie bereits eine Altersstrukturanalyse durchgeführt?	0=ja 1=nein	1
Demografiegrad Berechnung:			11
3. höchster Demografiegrad – demografiebewusste Ausrichtung			bei Werten von 9-11
2. Demografiegrad – demografiesensible Ausrichtung			Bei Werten von 6-8
1. Demografiegrad – geringe demografische Ausrichtung			Bei Werten von 3-5
0. Demografiegrad – keine demografische Ausrichtung			Bei Werten von 0-2

B 3 Grundlagen für die Festlegung der Gesundheitsgrade

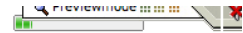
Items zum Gesundheitsmanagement		Skala	Maximalwert für den höchsten Gesundheitsgrad
1	Spielt das Thema Gesundheit in ihrem Leitbild/ Ihrer Unternehmensstrategie/Ihren Führungsgrundsätzen eine Rolle?	0 = nein 1= ja	1
2	Welchen Stellenwert hat das Thema Gesundheit im Vergleich zu anderen personalpolitischen Themen in Ihrem Unternehmen?	1= völlig unwichtig 2= unwichtig 3= normal 4= wichtig 5= ganz wichtig	5
3	Gibt es Jemanden in Ihrem Unternehmen, der sich ausschließlich um das Thema Gesundheit in Ihrem Unternehmen kümmert?	0= nein 1= ja	1
4	Bieten Sie Ihren Beschäftigten und Führungskräften gezielte Gesundheitsmaßnahmen an?	0=nein 1=ja	1
5	Wenn ja, in welchem Ausmaß werden diese Maßnahmen genutzt	Nutzung der Maßnahmen in Prozent	1
Gesundheitsgrad Berechnung:			9
3. höchster Gesundheitsgrad – gesundheitsbewusste Ausrichtung			Bei Werten von 7-9
2. Gesundheitsgrad – gesundheitssensible Ausrichtung			Bei Werten von 5-6
1. Demografiegrad – geringe gesundheitsbewusste Ausrichtung			Bei Werten von 3-4
0. Demografiegrad – keine gesundheitsbewusste Ausrichtung			Bei Werten von 0-2

B 4 Beschäftigtenfragebogen

	trifft:	Völlig zu	Überwiegend zu	Teils/teils zu	Überwiegend nicht zu	Überhaupt nicht zu
1	Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt					
2	Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig					
3	Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung					
4	Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein					
5	Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme					
6	Wenn ich keinen Arbeitserfolg habe, resigniere ich schnell					
7	Ein Misserfolg kann in mir neue Kräfte wecken					
8	Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe					
9	Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich					
10	Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen					
11	Mein Partner/Meine Partnerin zeigt Verständnis für meine Arbeit					
12	Die Arbeit ist mein ein und alles					
13	Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen					
14	Bei der Arbeit kenn ich keine Schonung					
15	Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als das ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefern					
16	Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten					
17	Misserfolge kann ich nur schwer verkraften					
18	Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strengte mich um so mehr an					
19	Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin					
20	In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt					
21	Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen					
22	Meine Familie interessiert sich wenig für meine Arbeitsprobleme					
23	Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen					
24	Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen					
25	Ich arbeite wohl mehr als ich sollte					
26	Was immer ich tue, es muss perfekt sein					
27	Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag					
28	Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen					
29	Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung					
30	Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt					
31	In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen					
32	In meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein					
33	Von meinem Partner/meiner Partnerin wünsche ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme					
34	Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte					

trifft:		Völlig zu	Überwiegend zu	Teils/teils zu	Überwiegend nicht zu	Überhaupt nicht zu
35	Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel					
36	Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten					
37	Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin					
38	Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit					
39	Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr					
40	Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir „Jetzt erst recht“					
41	Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten					
42	Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet					
43	Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden					
44	Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung					
45	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege. Mich durchzusetzen					
46	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe					
47	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziel zu verwirklichen					
48	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll					
49	Auch in überraschenden Ereignissen glaube ich, das ich gut mit ihnen zurechtkommen kann					
50	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann					
51	Was immer passiert, ich werde schon klarkommen					
52	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden					
53	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann					
54	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern					
55	Wie alt sind Sie? - Jünger als 25 Jahre - 25 – 34 Jahre - 35 – 44 Jahre - 45 – 54 Jahre - älter als 55 Jahre					
56	Hier wählen Sie jetzt bitte noch ihr Geschlecht aus - weiblich - männlich					
57	Kreuzen Sie bitte Ihren derzeitigen Ausbildungsstatus an - keine Schulausbildung - Hauptschulabschluss - Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung - Realschulabschluss - Abitur - Abitur mit abgeschlossener Berufsausbildung - Studium - Abgeschlossenes Studium					

B 5 Begrüßungstext der Beschäftigtenbefragungen



Wir freuen uns, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen - partnerteams führt die Umfrage gemeinsam mit der TU Braunschweig durch. Uns interessiert, wie ArbeitnehmerInnen angesichts spezifischer arbeitsplatzbezogener Anforderungen in Servicecentern ihre berufliche Situation einschätzen.

Sie finden im Folgenden eine Reihe von Fragen zu beruflichen Situationen. Sie können in fünf Stufen anzukreuzen:

- 1 - trifft völlig zu
- 2 - trifft überwiegend zu
- 3 - trifft teil/teils zu
- 4 - trifft überwiegend nicht zu
- 5 - trifft überhaupt nicht zu

Entscheiden Sie sich bei jeder Antwort für eine der fünf Möglichkeiten.

Trifft eine davon nicht genau Ihre Einschätzung, dann kreuzen Sie das an, was Ihrer Bewertung am nächsten kommt. Ihre subjektive Einschätzung ist wichtig. Es gibt kein „richtig“ und kein „falsch“. Am besten ist es, wenn Sie recht zügig und spontan antworten. Beantworten Sie bitte in jedem Fall alle Fragen.

Die gesamte Befragung ist vollkommen anonym. Weder wir, noch Ihr Arbeitgeber kann herausfinden, was Sie als Einzelperson geantwortet haben. Die IP-Adresse und sonstige Mitarbeiterdaten werden nicht mitgeliefert. Die Auswertung erfolgt ausschließlich über Durchschnittswerte. Einzelne Befragungsdaten werden Ihrem Arbeitgeber nicht zugänglich gemacht. Lediglich zusammenfassende Auswertungen und Hinweise auf Handlungsfelder werden Ihrem Arbeitgeber zur Verfügung gestellt.

Vielen Dank, dass Sie mitmachen und uns unterstützen!

Prof. Dr. Barbara Jürgens (TU Braunschweig) & Dagmar Mehrhoff-Gerulat (partnerteams GmbH & Co. KG)

Weiter

B 6 Kennwerte der Selbstwirksamkeitsskala der vorliegenden Stichprobe

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,892	10

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen	33,30	21,706	,573	,885
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	33,11	21,317	,634	,881
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	33,50	21,391	,564	,886
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	33,48	21,260	,620	,882
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann	33,17	21,461	,666	,879
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann	33,22	20,661	,687	,877
Was immer passiert, ich werde schon klar kommen	33,05	20,880	,648	,880
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden	33,23	20,704	,660	,879
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann	33,23	21,219	,661	,879
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern	33,29	21,707	,612	,883

C Ergänzende Auswertungsdaten

Kreuztabellen für H 5a - Abhängige Variable: AVEM Muster G und Demografiegrad (DG Grad):
 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Demografiegrads	Demografiegrad		Gesamt
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	
Nicht G	Anzahl (n)	386	193	579
	%	67,0%	63,9%	65,9%
G	Anzahl (n)	190	109	299
	%	33,0%	36,1%	34,1%
Gesamt	Anzahl (n)	576	302	878
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 5b - Abhängige Variable: AVEM Muster A und Demografiegrad (DG Grad):
 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Demografiegrads	Demografiegrad		Gesamt
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	
Nicht A	Anzahl (n)	458	265	723
	%	79,5%	87,7%	82,3%
A	Anzahl (n)	118	37	155
	%	20,5%	12,3%	17,7%
Gesamt	Anzahl (n)	576	302	878
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 5c - Abhängige Variable: AVEM Muster B und Demografiegrad (DG Grad):
 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Demografiegrads	Demografiegrad		Gesamt
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	
Nicht B	Anzahl (n)	473	243	716
	%	82,1%	80,5%	81,5%
B	Anzahl (n)	103	59	162
	%	17,9%	19,5%	18,5%
Gesamt	Anzahl (n)	576	302	878
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 6a - Abhängige Variable: AVEM Muster G für die Altersstufe ≥ 45 Jahre und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Demografiegrads	Demografiegrad		Gesamt
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	
Nicht G	Anzahl (n)	92	77	169
	%	86,1%	63,6%	66,0%
G	Anzahl (n)	43	44	87
	%	31,9%	36,4%	34,0%
Gesamt	Anzahl (n)	135	121	256
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 6b - Abhängige Variable: AVEM Muster A für die Altersstufe ≥ 45 Jahre und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Demografiegrads	Demografiegrad		Gesamt
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	
Nicht A	Anzahl (n)	101	108	209
	%	74,8%	89,3%	81,6%
A	Anzahl (n)	34	13	47
	%	25,2%	10,7%	18,4%
Gesamt	Anzahl (n)	135	121	256
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 6c - Abhängige Variable: AVEM Muster B für die Altersstufe ≥ 45 Jahre und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Demografiegrads	Demografiegrad		Gesamt
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	
Nicht B	Anzahl (n)	112	94	206
	%	83,0%	77,7%	80,5%
B	Anzahl (n)	23	27	50
	%	17,0%	22,3%	19,5%
Gesamt	Anzahl (n)	135	121	256
	%	100,0%	100,0%	100,0%

C 1 Deskriptive Statistik

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit.
 Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM				
Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	4,28	2,145	101
	1	4,91	2,164	193
	2	4,55	1,959	69
	Gesamt	4,67	2,134	363
35 – 44	0	4,67	2,337	64
	1	5,34	2,164	71
	2	4,24	2,054	110
	Gesamt	4,67	2,203	245
≥ 45	0	5,08	1,920	53
	1	5,55	1,854	82
	2	4,55	2,016	121
	Gesamt	4,98	1,987	256
Gesamt	0	4,59	2,167	218
	1	5,15	2,107	346
	2	4,44	2,016	300
	Gesamt	4,76	2,114	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 2. Beruflicher Ehrgeiz. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	5,83	1,892	101
	1	6,16	1,833	193
	2	6,10	1,725	69
	Gesamt	6,06	1,830	363
35 – 44	0	5,36	1,938	64
	1	5,42	1,983	71
	2	5,21	1,746	110
	Gesamt	5,31	1,863	245
≥ 45	0	5,15	1,610	53
	1	5,38	1,592	82
	2	4,94	1,655	121
	Gesamt	5,13	1,631	256
Gesamt	0	5,53	1,857	218
	1	5,82	1,845	346
	2	5,31	1,758	300
	Gesamt	5,57	1,830	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 3. Verausgabungsbereitschaft. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	4,75	2,260	101
	1	4,93	1,861	193
	2	4,87	1,662	69
	Gesamt	4,87	1,942	363
35 – 44	0	4,69	2,038	64
	1	4,89	2,246	71
	2	4,55	1,923	110
	Gesamt	4,69	2,047	245
≥ 45	0	4,74	1,893	53
	1	5,16	1,869	82
	2	4,44	1,945	121
	Gesamt	4,73	1,929	256
Gesamt	0	4,73	2,102	218
	1	4,97	1,945	346
	2	4,58	1,877	300
	Gesamt	4,78	1,968	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 4. Perfektionsstreben. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	5,39	1,849	101
	1	5,39	1,723	193
	2	5,55	1,491	69
	Gesamt	5,42	1,715	363
35 – 44	0	5,31	1,893	64
	1	5,42	1,841	71
	2	5,04	1,636	110
	Gesamt	5,22	1,767	245
≥ 45	0	5,43	1,845	53
	1	5,54	1,619	82
	2	5,31	1,811	121
	Gesamt	5,41	1,755	256
Gesamt	0	5,38	1,853	218
	1	5,43	1,720	346
	2	5,26	1,684	300
	Gesamt	5,36	1,742	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 5. Distanzierungsfähigkeit. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	6,01	2,225	101
	1	6,03	2,074	193
	2	6,17	2,000	69
	Gesamt	6,05	2,098	363
35 – 44	0	5,81	1,842	64
	1	5,45	1,787	71
	2	5,84	1,889	110
	Gesamt	5,72	1,848	245
≥ 45	0	5,19	2,140	53
	1	5,40	2,084	82
	2	5,97	1,866	121
	Gesamt	5,62	2,016	256
Gesamt	0	5,75	2,115	218
	1	5,76	2,038	346
	2	5,97	1,904	300
	Gesamt	5,83	2,013	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 6. Resignationstendenz. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel
Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	4,68	1,886	101
	1	5,01	1,893	193
	2	4,54	1,737	69
	Gesamt	4,83	1,868	363
35 – 44	0	4,39	2,005	64
	1	4,82	1,892	71
	2	4,56	2,048	110
	Gesamt	4,59	1,991	245
≥ 45	0	4,34	2,139	53
	1	4,72	1,907	82
	2	4,88	2,038	121
	Gesamt	4,72	2,021	256
Gesamt	0	4,51	1,982	218
	1	4,90	1,895	346
	2	4,69	1,977	300
	Gesamt	4,73	1,950	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 7. Offensive Problembewältigung. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	4,19	1,782	101
	1	4,80	1,847	193
	2	4,65	1,822	69
	Gesamt	4,60	1,838	363
35 – 44	0	4,41	2,053	64
	1	5,18	1,973	71
	2	4,51	1,537	110
	Gesamt	4,68	1,835	245
≥ 45	0	4,68	2,277	53
	1	5,24	1,934	82
	2	4,92	1,773	121
	Gesamt	4,97	1,941	256
Gesamt	0	4,37	1,992	218
	1	4,98	1,900	346
	2	4,71	1,706	300
	Gesamt	4,73	1,873	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 8. Innere Ruhe/Ausgeglichenheit. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	5,71	1,867	101
	1	5,30	1,777	193
	2	5,80	1,728	69
	Gesamt	5,51	1,803	363
35 – 44	0	5,53	2,039	64
	1	5,28	2,030	71
	2	5,70	1,875	110
	Gesamt	5,53	1,964	245
≥ 45	0	5,83	2,110	53
	1	5,57	1,736	82
	2	5,60	1,873	121
	Gesamt	5,64	1,878	256
Gesamt	0	5,69	1,973	218
	1	5,36	1,821	346
	2	5,68	1,837	300
	Gesamt	5,55	1,871	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 9. Erfolgserleben im Beruf. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	3,34	2,056	101
	1	3,58	1,740	193
	2	3,54	1,828	69
	Gesamt	3,50	1,847	363
35 – 44	0	3,56	2,015	64
	1	3,76	1,848	71
	2	3,56	1,975	110
	Gesamt	3,62	1,944	245
≥ 45	0	4,17	1,959	53
	1	4,34	1,958	82
	2	4,18	1,987	121
	Gesamt	4,23	1,966	256
Gesamt	0	3,61	2,039	218
	1	3,80	1,837	346
	2	3,81	1,965	300
	Gesamt	3,75	1,934	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 10. Lebenszufriedenheit. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	3,38	1,912	101
	1	3,92	1,898	193
	2	4,28	2,162	69
	Gesamt	3,84	1,975	363
35 – 44	0	3,66	1,801	64
	1	4,23	1,906	71
	2	4,34	1,903	110
	Gesamt	4,13	1,892	245
≥ 45	0	3,60	1,747	53
	1	4,32	1,917	82
	2	4,10	1,758	121
	Gesamt	4,07	1,819	256
Gesamt	0	3,51	1,837	218
	1	4,08	1,907	346
	2	4,23	1,906	300
	Gesamt	3,99	1,908	864

Deskriptive Statistik für H 5/6 - Abhängige Variable: 11. Erleben sozialer Unterstützung. Alter und Demografiegrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Demografiegrad	n	MW	SD
≤ 34	0	4,64	1,858	101
	1	5,03	1,927	193
	2	5,32	1,929	69
	Gesamt	4,98	1,917	363
35 – 44	0	4,69	1,918	64
	1	4,72	1,774	71
	2	4,79	1,761	110
	Gesamt	4,74	1,800	245
≥ 45	0	4,64	1,932	53
	1	5,06	1,773	82
	2	4,93	1,852	121
	Gesamt	4,91	1,843	256
Gesamt	0	4,66	1,885	218
	1	4,97	1,860	346
	2	4,97	1,842	300
	Gesamt	4,89	1,863	864

Kreuztabellen für H 7a - Abhängige Variable: *AVEM Muster G* und Gesundheitsgrad (GG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Gesundheitsgrads	Gesundheitsgradgrad		
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	Gesamt
Nicht G	Anzahl (n)	233	356	579
	%	68,0%	64,7%	65,9%
G	Anzahl (n)	105	194	299
	%	32,0%	35,3%	34,1%
Gesamt	Anzahl (n)	328	550	878
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 7b - Abhängige Variable: *AVEM Muster A* und Gesundheitsgrad (GG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Gesundheitsgrads	Gesundheitsgradgrad		
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	Gesamt
Nicht A	Anzahl (n)	250	473	723
	%	76,2%	86,0%	82,3%
A	Anzahl (n)	78	77	155
	%	23,8%	14,0%	17,7%
Gesamt	Anzahl (n)	328	550	878
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 7c - Abhängige Variable: *AVEM Muster B* und Gesundheitsgrad (GG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Gesundheitsgrads	Gesundheitsgradgrad		
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	Gesamt
Nicht B	Anzahl (n)	272	444	716
	%	82,9%	80,7%	81,5%
B	Anzahl (n)	56	106	162
	%	17,1%	19,3%	18,5%
Gesamt	Anzahl (n)	328	550	878
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 8a - Abhängige Variable: AVEM Muster G für die Altersstufe ≥ 45 Jahre und Gesundheitsgradgrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Gesundheitsgrads	Gesundheitsgradgrad		
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	Gesamt
Nicht G	Anzahl (n)	92	77	169
	%	86,1%	63,6%	66,0%
G	Anzahl (n)	43	44	87
	%	31,9%	36,4%	34,0%
Gesamt	Anzahl (n)	135	121	256
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 8b - Abhängige Variable: AVEM Muster A für die Altersstufe ≥ 45 Jahre und Gesundheitsgradgrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Gesundheitsgrads	Gesundheitsgradgrad		
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	Gesamt
Nicht A	Anzahl (n)	101	108	209
	%	74,8%	89,3%	81,6%
A	Anzahl (n)	34	13	47
	%	25,2%	10,7%	18,4%
Gesamt	Anzahl (n)	135	121	256
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kreuztabellen für H 8c - Abhängige Variable: AVEM Muster B für die Altersstufe ≥ 45 Jahre und Gesundheitsgradgrad (DG Grad): 0 Keine Ausrichtung; 1 geringe Ausrichtung; 2 demografiesensibel Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

Muster	Anzahl % innerhalb des Gesundheitsgrads	Gesundheitsgradgrad		
		Niegrig (DG 0/1)	Hoch (DG 2)	Gesamt
Nicht B	Anzahl (n)	112	94	206
	%	83,0%	77,7%	80,5%
B	Anzahl (n)	23	27	50
	%	17,0%	22,3%	19,5%
Gesamt	Anzahl (n)	135	121	256
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 1. Subjektive Bedeutsamkeit. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	4,92	2,152	191
	2	4,38	2,084	172
	Gesamt	4,67	2,134	363
35 – 44	1	5,21	2,192	61
	2	4,49	2,183	184
	Gesamt	4,67	2,203	245
≥ 45	1	5,44	1,783	70
	2	4,81	2,036	186
	Gesamt	4,98	1,987	256
Gesamt	1	5,09	2,090	322
	2	4,56	2,106	542
	Gesamt	4,76	2,114	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 2. Beruflicher Ehrgeiz. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	6,17	1,839	191
	2	5,93	1,818	172
	Gesamt	6,06	1,830	363
35 – 44	1	5,31	2,094	61
	2	5,31	1,785	184
	Gesamt	5,31	1,863	245
≥ 45	1	5,16	1,529	70
	2	5,11	1,671	186
	Gesamt	5,13	1,631	256
Gesamt	1	5,79	1,881	322
	2	5,44	1,788	542
	Gesamt	5,57	1,830	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 3. Verausgabungsbereitschaft. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	4,92	1,869	191
	2	4,81	2,024	172
	Gesamt	4,87	1,942	363
35 – 44	1	4,80	2,351	61
	2	4,65	1,942	184
	Gesamt	4,69	2,047	245
≥ 45	1	4,93	1,820	70
	2	4,66	1,967	186
	Gesamt	4,73	1,929	256
Gesamt	1	4,90	1,953	322
	2	4,70	1,975	542
	Gesamt	4,78	1,968	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 4. Perfektionsstreben. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	5,39	1,728	191
	2	5,45	1,704	172
	Gesamt	5,42	1,715	363
35 – 44	1	5,30	1,773	61
	2	5,20	1,769	184
	Gesamt	5,22	1,767	245
≥ 45	1	5,33	1,567	70
	2	5,44	1,824	186
	Gesamt	5,41	1,755	256
Gesamt	1	5,36	1,699	322
	2	5,36	1,769	542
	Gesamt	5,36	1,742	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 5. Distanzierungsfähigkeit. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	6,04	2,083	191
	2	6,07	2,121	172
	Gesamt	6,05	2,098	363
35 – 44	1	5,49	1,831	61
	2	5,79	1,853	184
	Gesamt	5,72	1,848	245
≥ 45	1	5,74	1,909	70
	2	5,58	2,058	186
	Gesamt	5,62	2,016	256
Gesamt	1	5,87	2,007	322
	2	5,81	2,018	542
	Gesamt	5,83	2,013	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 6. Resignationstendenz. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	5,01	1,902	191
	2	4,63	1,816	172
	Gesamt	4,83	1,868	363
35 – 44	1	4,85	1,982	61
	2	4,51	1,992	184
	Gesamt	4,59	1,991	245
≥ 45	1	4,77	1,942	70
	2	4,70	2,055	186
	Gesamt	4,72	2,021	256
Gesamt	1	4,93	1,922	322
	2	4,61	1,958	542
	Gesamt	4,73	1,950	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 7. Offensive Problembewältigung. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	4,80	1,857	191
	2	4,38	1,798	172
	Gesamt	4,60	1,838	363
35 – 44	1	5,11	1,933	61
	2	4,53	1,783	184
	Gesamt	4,68	1,835	245
≥ 45	1	5,03	1,963	70
	2	4,95	1,938	186
	Gesamt	4,97	1,941	256
Gesamt	1	4,91	1,894	322
	2	4,63	1,854	542
	Gesamt	4,73	1,873	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 8. Innere Ruhe/Ausgeglichenheit. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	5,32	1,758	191
	2	5,72	1,834	172
	Gesamt	5,51	1,803	363
35 – 44	1	5,33	2,111	61
	2	5,60	1,913	184
	Gesamt	5,53	1,964	245
≥ 45	1	5,49	1,742	70
	2	5,70	1,927	186
	Gesamt	5,64	1,878	256
Gesamt	1	5,36	1,822	322
	2	5,67	1,891	542
	Gesamt	5,55	1,871	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 9. Erfolgserleben im Beruf. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	3,58	1,745	191
	2	3,42	1,956	172
	Gesamt	3,50	1,847	363
35 – 44	1	3,49	1,795	61
	2	3,66	1,993	184
	Gesamt	3,62	1,944	245
≥ 45	1	4,19	1,928	70
	2	4,25	1,985	186
	Gesamt	4,23	1,966	256
Gesamt	1	3,69	1,809	322
	2	3,79	2,005	542
	Gesamt	3,75	1,934	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 10. Lebenszufriedenheit. Alter und Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	3,91	1,895	191
	2	3,76	2,062	172
	Gesamt	3,84	1,975	363
35 – 44	1	4,10	2,006	61
	2	4,14	1,858	184
	Gesamt	4,13	1,892	245
≥ 45	1	4,13	1,903	70
	2	4,04	1,791	186
	Gesamt	4,07	1,819	256
Gesamt	1	3,99	1,915	322
	2	3,99	1,906	542
	Gesamt	3,99	1,908	864

Deskriptive Statistik für H 7/8 - Abhängige Variable: 11. Erleben sozialer Unterstützung. Alter Gesundheitsgrad (GG Grad): 1 geringe gesundheitliche Ausrichtung; 2 gesundheitssensibel; Mittelwert (MW); Standardabweichung (SD).

AVEM

Alter	Gesundheitsgrad	n	MW	SD
≤ 34	1	5,03	1,926	191
	2	4,92	1,912	172
	Gesamt	4,98	1,917	363
35 – 44	1	4,72	1,818	61
	2	4,75	1,799	184
	Gesamt	4,74	1,800	245
≥ 45	1	5,03	1,802	70
	2	4,87	1,861	186
	Gesamt	4,91	1,843	256
Gesamt	1	4,97	1,878	322
	2	4,85	1,855	542
	Gesamt	4,89	1,863	864

C 2 AVEM Skalen mit signifikanten Haupteffekten des DG (H5/6)

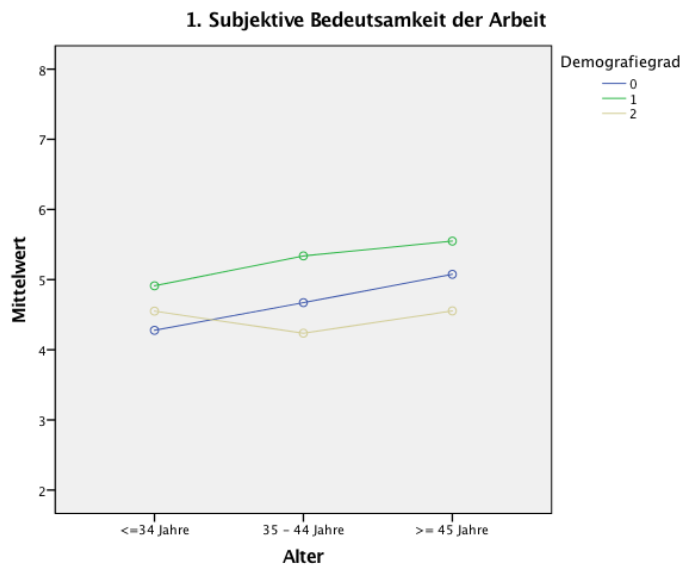


Abbildung C 2.1: Mittelwerte der AVEM Skala 1, Bedeutsamkeit der Arbeit mit Demografiegrad (keine demografische Ausrichtung [0], geringe demografische Ausrichtung [1] demografiesensibel [2]) für das Alter.

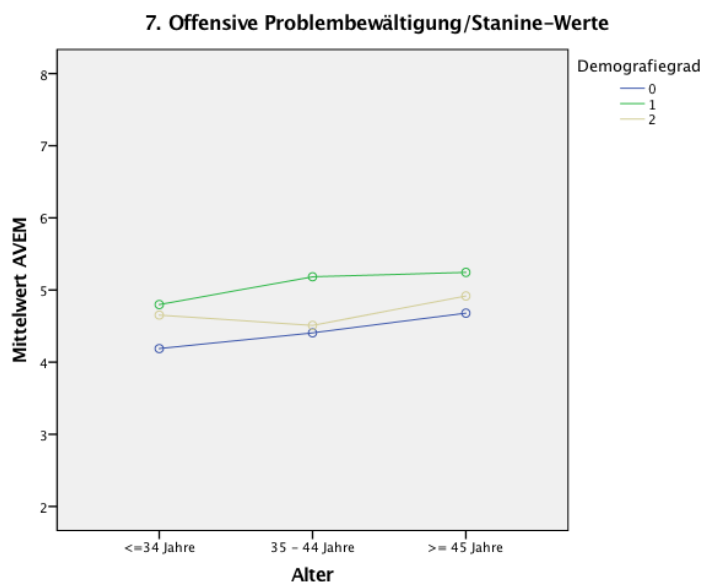


Abbildung C 2.2: Mittelwerte der AVEM Skala 7, Offensive Problembewältigung mit Demografiegrad (keine demografische Ausrichtung [0], geringe demografische Ausrichtung [1] demografiesensibel [2]) für das Alter.

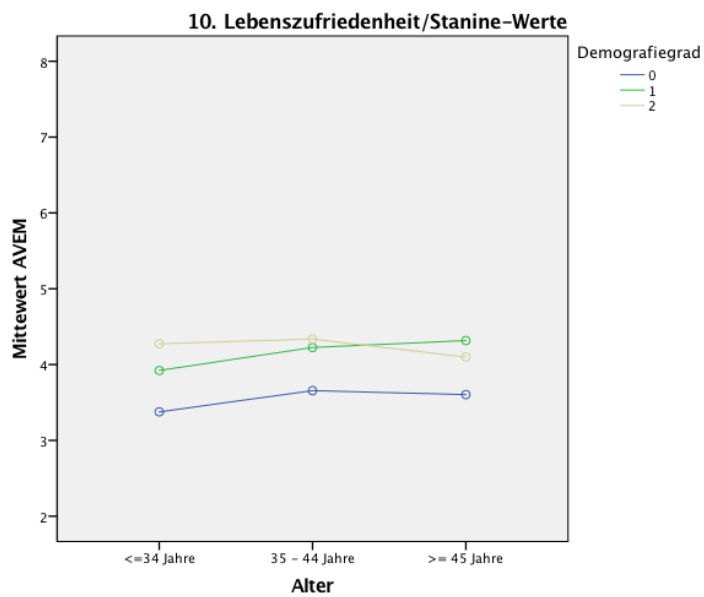


Abbildung C 2.3: Mittelwerte der AVEM Skala 10, Lebenszufriedenheit mit Demografiegrad (keine demografische Ausrichtung [0], geringe demografische Ausrichtung [1] demografiesensibel [2]) für das Alter.

C 3 AVEM Skalen mit signifikanten Haupteffekten des GG für Alter ≥ 45 Jahre (H7/8)

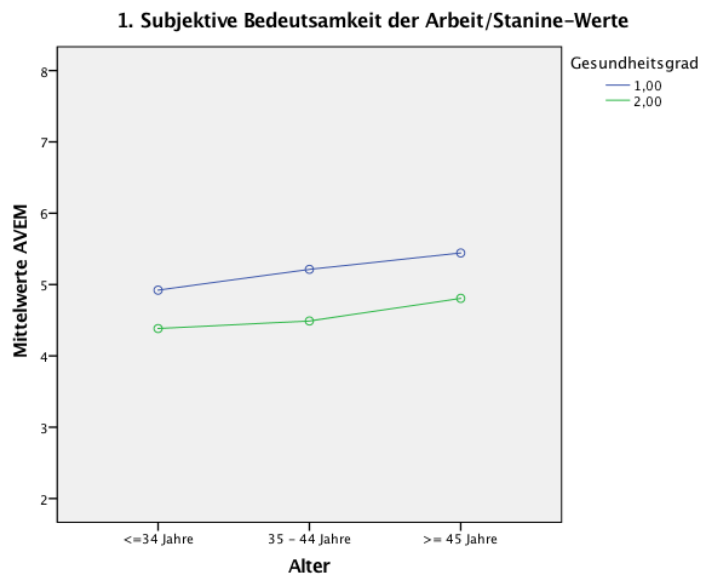


Abbildung C 3.1: Mittelwerte der AVEM Skala 1, Bedeutsamkeit der Arbeit mit Gesundheitsgrad (geringe gesundheitliche Ausrichtung [1] gesundheitssensibel [2]) für das Alter.

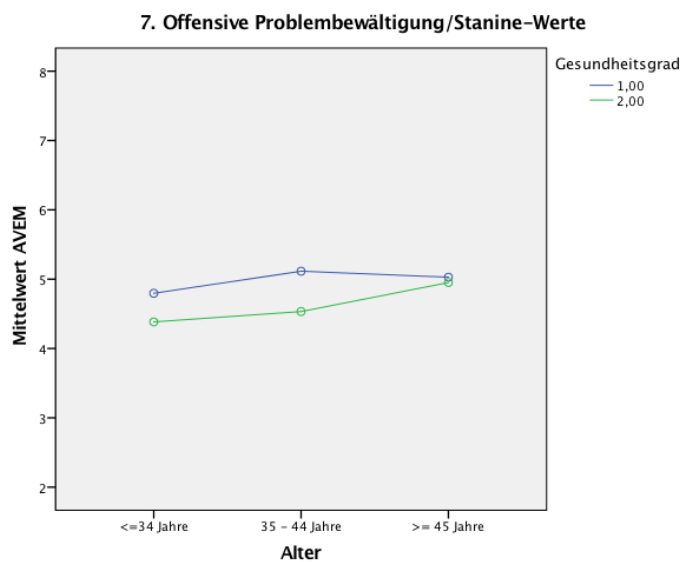


Abbildung C 3.2: Mittelwerte der AVEM Skala 7, Offensive Problembewältigung mit Gesundheitsgrad (geringe gesundheitliche Ausrichtung [1] gesundheitssensibel [2]) für das Alter.

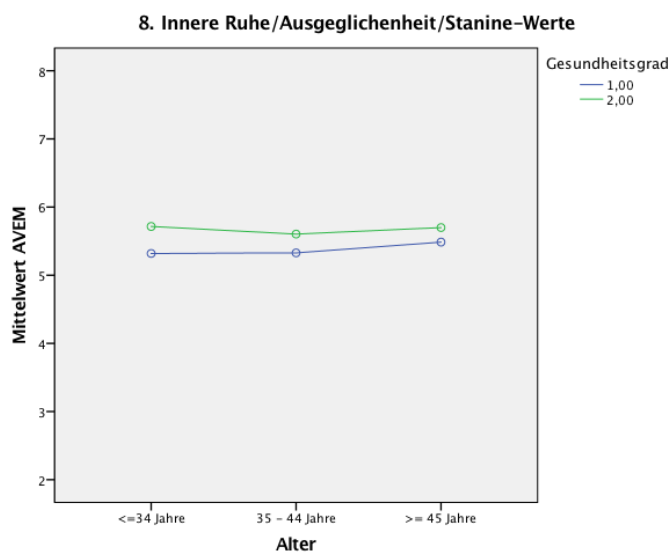


Abbildung C 3.3: Mittelwerte der AVEM Skala 8, Innere Ruhe/Ausgeglichenheit mit Gesundheitsgrad (geringe gesundheitliche Ausrichtung [1] gesundheitssensibel [2]) für das Alter.